

Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns



bibliotheek
drieharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn ut.echt
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns

Stand van het wetenschappelijk onderzoek
in en over de eerstelijnsgezondheidszorg
en haar raakvlakken

onder redactie van

E.M. Sluijs
J.P. Dopheide
J. van der Zee

november 1985

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Overzichtsstudie

Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken / onder redactie van E.M. Sluijs, J.P. Dopheide, J. van der Zee.

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - Ill.

Met literatuuropgave

ISBN 90-6905-008-0

SISO 601.5 UDC 001.891:614.2

Trefwoorden: eerstelijnsgezondheidszorg; wetenschappelijk onderzoek

Voorwoord

Deze Overzichtsstudie is geschreven ter gelegenheid van de opening van het NIVEL als landelijk onderzoeksinstituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Dat klinkt simpeler dan het is, want er is heel wat voor komen kijken voordat deze studie gereed was. Niet in het minst omdat de uitgroei van het NHI tot NIVEL, van huisartseninstituut tot eerstelijnsinstituut een geleidelijke is geweest; een gefaseerde ontwikkeling die ook nu nog niet is afgerond. Van veel deelgebieden van de eerstelijnsgezondheidszorg was nog nauwelijks kennis in huis; deze moest in hoog tempo eigen worden gemaakt. Dit was zeker niet gelukt zonder de intensieve hulp van de Afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL die op anonieme wijze (het lot van zo'n afdeling) veel en belangrijk werk heeft verricht. Het was ook niet gelukt als de verschillende medewerkers van het instituut niet bereid waren gebleken om - soms mopperend - zich in de diverse deelterreinen te verdiepen, naast hun normale werkprogramma. Het was tenslotte niet gelukt zonder de inzet van de diverse secretariaten, die ruim 600 pagina's tekst diverse malen door hun handen hebben laten gaan. Hoewel niet gebruikelijk in een voorwoord wil ik toch al die - eigen - mensen bedanken; het is geen geringe inspanning geweest. Dank ook aan de mensen die 'over onze schouder' hebben meegelezen: F. Gardenbroek en W. Joling die vanuit het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de stimulans hebben gegeven voor het verschijnen van deze studie en de wording van dichtbij hebben meegemaakt. Dank ook aan de diverse deskundigen die onderdelen van de Overzichtsstudie hebben gelezen en becommentarieerd, met name van die deelterreinen waarop het NIVEL geen of nog geen onderzoekstraditie kent.

Dank tenslotte aan de redactie; dat het boek er uiteindelijk echt gekomen is (en in deze vorm) is het meest aan hen te danken.

Utrecht, oktober 1985

Jozien Bensing, directeur

Inhoud

INLEIDING	1
J. van der Zee	
BELEID	
1. OVERHEIDSBELEID MET BETREKKING TOT DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	7
J.P. Dopheide	
BEROEPEN IN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG EN -MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING	
2. HUISARTS	39
E.M. Sluijs	
3. FYSIOTHERAPEUT	145
P.P. Groenewegen	
4. WIJKVERPLEGING	177
A. Kerkstra en P.F.M. Verhaak	
5. VERLOSKUNDE	205
L. Hingstman en W.G.W. Boerma	
6. APOTHEKER	235
P.P. Groenewegen	
7. OVERIGE BEROEPEN IN DE EERSTELIJSGEZOND- HEIDSZORG: DIËTISTEN EN LOGOPEDISTEN	259
H.J.M. Sixma	
8. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK	283
T.J.J.M.T. Kersten	

9.	GEZINSVERZORGING W.G.W. Boerma	329
SAMENWERKING BINNEN DE ELGZ EN TUSSEN DE ELGZ EN ANDERE SECTOREN		
10.	SAMENWERKING IN DE EERSTELIJSGEZOND- HEIDSZORG D. Wijkel	365
11.	RELATIE TUSSEN EERSTE EN TWEDE LIJN VAN DE GEZONDHEIDSZORG J.P. Dopheide	401
12.	RELATIE TUSSEN EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG L. Peters	445
DE HULPVRAG IN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG		
13.	CONSUMENTEN IN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG N.E. Warmenhoven	465
14.	OUDEREN EN EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG R.T.J. Hamers en L. Hingstman	499
15.	EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG EN ETNISCHE MINDERHEDEN R.T.J. Hamers	527
16.	KLACHTEN, ZIEKTEN EN DOODSOORZAKEN A.I.M. Bartelds	547
17.	PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK P.F.M. Verhaak	579
SLOTBESCHOUWING		
18.	STAND VAN ZAKEN 1985. MOMENTOPNAME VAN HET EERSTELIJNSONDERZOEK J.M. Bensing en J. van der Zee	613

Inleiding

J. van der Zee

Als onderzoekers niet bij tijd en wijle gevraagd zou worden om de onderzoeksresultaten op hun gebied samen te vatten en te ordenen, dan zouden ze onbekommerd van het ene vraagstuk naar het andere snellen.

Wat dat betreft was het initiatief van het Ministerie van WVC om het NIVEL te vragen een overzichtsstudie te maken van onderzoek in en over de eerstelijns(gezondheids)zorg een goede aanleiding tot het maken van een pas op de plaats, zeker nu de hoeveelheid onderzoekspublicaties de afgelopen jaren zo is toegenomen dat de grote hoeveelheid bomen het zicht op het bos gaat belemmeren. Voordat de lezer bij pagina 1 begint en de bundel tot en met pagina 600 in één adem uitleest, is het goed om nog even stil te staan bij de opbouw van het boek en de gevolgde systematiek bij de selectie van het besproken onderzoek.

Opbouw

De eerste bijdrage geeft een korte weergave van de belangrijkste beleidslijnen op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Het is een hoofdstuk, waarin eerder de grote lijn is geschetst dan aan detaillering is gewerkt.

In die eerste bijdrage wordt ook beschreven wat we onder eerstelijns(gezondheids)zorg moeten verstaan, want zonder omschrijving van dit centrale begrip wordt de rest van het boek minder begrijpelijk. In het daaropvolgende gedeelte komt de eerstelijns zelf aan bod; de aanbodzijde eerst. De harde kern van de overzichtsstudie wordt gevormd door een beschrijving van beroepen en disciplines in de eerste lijn. De huisarts voorop, qua volume het meest omvangrijke hoofdstuk. De huisarts is dan ook de meest onderzochte beroepsbeoefenaar van het afgelopen decennium. Een torenhoge stapel dissertaties (28 in getal in de onderzochte periode) vormt op zich zelf weer de neerslag van een veelvoud aan rapporten en artikelen (zij het dat veel dissertaties van dezelfde bronnen gebruik maken).

De bescheiden hoeveelheid onderzoek op het gebied van de overige

disciplines staat in schril contrast met deze vloed van publicaties. Dat wil overigens niet zeggen dat er sprake zou zijn van een teveel aan huisartsenonderzoek. Op het gevaar af vooruit te lopen op de discussie in het slothoofdstuk, zouden we op deze plaats willen stellen dat het onderzoek weliswaar in hoge mate heeft bijgedragen aan onze kennis over het functioneren van de huisarts in Nederland, maar dat aan de efficiëntie van het onderzoek nog wel wat valt te verbeteren en dat ook nog veel belangrijke vragen onbeantwoord zijn. Het is bijvoorbeeld geen schoolvoorbeeld van efficiëntie dat iedere zichzelf respecterende onderzoeksgroep met veel tijd en moeite een net niet vergelijkbare vragenlijst over taakopvattingen heeft geconstrueerd. Ondanks alle onderzoeksinspanningen is het nog steeds niet duidelijk op welke meer algemene factoren de aanzienlijke verschillen tussen huisartsen en tussen praktijken bij vrijwel elk onderzocht onderwerp zijn terug te voeren. Het vraagstuk van de 'interdoktervariantie' blijft vrijwel onopgelost.

Eerder dan van een teveel aan onderzoek bij huisartsen is er sprake van een aanzienlijke achterstand in onderzoek bij de andere disciplines.

De lijst van disciplines is niet volledig.

Het kan terecht als een schoonheidsfout worden opgevat dat de tandarts ontbreekt. Tijd-gebrek - of liever méér tijd benodigd dan kon worden opgebracht (tenslotte is er over tandartsen betrekkelijk veel gepubliceerd) - heeft tot deze omissie geleid. Ook heeft de wat geïsoleerde positie van de tandarts in de eerstelijns wellicht enige invloed gehad op de gevoelde noodzaak om het onderwerp te behandelen.

De lijst met disciplines en beroepsgroepen wordt besloten met de twee beroepsgroepen die niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg maar tot de maatschappelijke dienstverlening behoren: de gezinszorg en het maatschappelijk werk.

Als men, zoals in deze bundel gedaan is, ook de raakvlakken van de eerstelijnsgezondheidszorg in beschouwing neemt dan moet een plaats voor deze beroepen worden ingeruimd.

In het derde gedeelte van de studie wordt aandacht besteed aan de raakvlakken van de eerstelijns met andere sectoren van de gezondheidszorg en aan samenwerking binnen de eerstelijns. Het spreekt van zelf dat aan het verschijnsel 'gezondheidscentrum' binnen het stuk 'samenwerking' ruim aandacht wordt besteed. Van de raakvlakken van de eerstelijns met andere delen van de gezondheidszorg wordt als eerste de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en tweedelijns

zorg behandeld. Huisarts-specialist en eerstelijns-ziekenhuis-verpleeghuis zijn onderwerpen die van groot belang zijn voor het functioneren van de disciplines in de eerstelijnszorg.

Het belangrijkste beleidsvraagstuk in de gezondheidszorg vormt immers het beheersen van de vooral in de klinische sector gegenereerde kosten door middel van een verschuiving van de zorg van tweede en hogere echelons naar de eerstelijnszorg. De aandacht voor de instroom in de tweede lijn (verwijzingen van huisarts naar specialist) verschuift overigens de laatste tijd enigszins in de richting van de nazorg (de uitstroom).

Men moet echter wel bedenken dat voor ongeveer vier op de vijf ziekenhuispatiënten extra thuiszorg niet zo van belang is. Instroomonderzoek blijft daarom geboden.

De relatie eerstelijns-(ambulante) geestelijke gezondheidszorg is het tweede onderwerp, dat in de eerstelijnsgezondheidszorg steeds belangrijker is geworden sinds de formele toegang tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg via de huisarts dient te lopen.

Het voor de hand liggende derde onderdeel over de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en basisgezondheidszorg ontbreekt. Deels ligt dat aan het gebrek aan relatie (tenslotte gaat het om een beschrijving van onderzoeksresultaten over deze relatie en waar geen onderzoek is, valt ook niets te beschrijven) en deels aan het feit dat basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg, op de jeugdgezondheidszorg bij het kruiswerk na, in Nederland een geheel eigen weg zijn gegaan. Waar het bijvoorbeeld in Denemarken normaal is dat een huisarts zowel consultatiebureau's doet als attesten voor de ziekwet schrijft en keuringen voor arbeidsongeschiktheid doet, zijn deze zaken bij ons strikt gescheiden. Laat staan dat, zoals in Zweden, een huisarts als voornaamste taak een preventieve, positieve gezondheidszorg zou moeten uitoefenen.

Géén hoofdstuk dus over de relatie basisgezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg; wel is hiermee een thema voor aandacht en onderzoek gegeven.

In het derde gedeelte tenslotte komt de vraagzijde van de gezondheidszorg aan de orde; de patiënt in vele gedaanten. Als consument, als patiënt in engere zin of als lid van kwetsbare en veel zorgbehoevende groepen (ouderen, etnische minderheden) wordt hij in de laatste hoofdstukken geportretteerd. Een hoofdstuk waarin naar beste vermogens conclusies worden getrokken en de grote lijn wordt aangegeven besluit het geheel. De draad uit het eerste hoofdstuk over het beleid wordt weer opgenomen; nu wordt echter aangegeven waar onderzoek en beleid op elkaar aansluiten of hun eigen weg gaan.

Voor het gehele boek geldt dat het vakinhoudelijke onderzoek en het medisch-technische onderzoek buiten beschouwing blijft. Een overzichtsstudie over het onderzoek naar bijvoorbeeld de meest effectieve behandeling van specifieke problemen zou een mooie aanvulling op deze studie zijn.

Werkwijze

Behalve de hierboven genoemde inhoudelijke beperkingen (geen vakinhoudelijk onderzoek, sterke nadruk op de aanbodzijde van de eerste-lijn(sgezondheidszorg) zijn er nog enkele in het oog springende beperkingen.

Ten eerste betreft het overzicht alleen **Nederlands** onderzoek. Op sommige gebieden is de structuur van de gezondheidszorg zo typisch Nederlands (thuisbevellingen, vroedvrouwen, de dubbele taak van de wijkverpleegkundige) dat buitenlandse referenties weinig informatie bieden, maar soms zijn onderwerpen universeeler van aard (substitutievraagstukken, arts-patiënt relatie).

Ook in deze laatste categorie worden alleen Nederlandse onderzoekingen weergegeven.

Een tweede beperking betreft de periode die de overzichtstudie beslaat. Alleen tamelijk recent onderzoek wordt beschreven. In die zin is de studie niet vergelijkbaar met de zogenaamde trendrapporten waarin de trends in het onderzoek over een langere periode geanalyseerd worden. Voor deze opzet is gekozen om de omvang van de studie te beperken maar vooral ook omdat in recente dissertaties doorgaans uitgebreide beschrijvingen van ouder onderzoek te vinden zijn. Als vuistregel wordt 1979 als beginjaar aangehouden; de literatuurverzameling is in mei 1985 afgesloten.

Soms is daarop een uitzondering gemaakt. Als de auteur van de bijdrage bij het herzien van zijn tekst een zeer recente belangrijke publicatie tegenkwam is deze wel eens opgenomen. Bij de bijdrage over wijkverpleging (waar in het begin van de jaren zeventig vrij veel onderzoek is gedaan, gevolgd door diepe stilte die pas zeer recentelijk doorbroken is) is, bij gebrek aan beter of in ieder geval recenter, ook ouder onderzoek besproken. Ook andere bijdragen gaan een enkele maal verder in de tijd terug, vooral als het om relatief zelden onderzochte onderwerpen gaat.

In het algemeen is gebruik gemaakt van 'normaal' gepubliceerde boeken en artikelen. Het 'grijze' rapportencircuit is als regel slechts daar besproken, waar andere onderzoeksverslagen ontbreken.

Gepoogd is om een evenwicht te vinden tussen een volledige (en dus saaie) opsomming en al te zeer sturen en selecteren van het

aanwezige materiaal. Het blijft een **overzichtsstudie**; al zal er wat betreft de volledigheid altijd wel wat op aan te merken blijven. Iedere bijdrage eindigt met aanbevelingen voor verder onderzoek. Het zal de lezer niet verbazen dat er volgens de auteurs nog veel, zeer veel onderzoek zou moeten gebeuren. Dat krijg je als zo'n vraag aan een onderzoeksinstituut wordt gesteld. Toch kan niet worden ontkend dat, behalve op het gebied van de huisarts, op de meeste terreinen nog maar weinig onderwerpen systematisch zijn uitgediept. Het is bekend dat men vijf tot tien jaar moet uittrekken voordat een onderzoeksprogramma is ontworpen, uitgevoerd en men van de fouten uit de eerste ronde heeft geleerd. Er blijft voorlopig genoeg te doen!

1 Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg

J.P. Dopheide

1. INLEIDING	9
2. DE STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG (1974)	9
3. DE SCHETS VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (1980)	11
4. DE WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG (1982)	17
5. DE NOTA WETGEVING WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1983)	21
6. DE NOTA VOLKSGEZONDHEIDSBELEID BIJ BEPERKTE MIDDELEN (1983)	22
7. DE NOTA EERSTELIJNSZORG (1983)	23
8. DE WET GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING (stadium van voorontwerp)	31
9. HET VESTIGINGSBELEID	32
10. HET ONDERZOEKSBELEID	34
11. CONCLUSIE	36

1. INLEIDING

Hoewel ontegenzeggelijk veel organisaties de laatste jaren geijverd hebben voor een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg (beroepsorganisaties, koepelorganisaties, patiëntenorganisaties, financiers van zorg), is het vooral de centrale overheid, die al jaren lang consequent een stimulerend beleid voert in de richting van een sterkere, meer samenhangende en beter toegeruste eerstelijnsgezondheidszorg. Er loopt een rode draad van dien aard van de Structuurnota uit 1974 via de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980) en de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen (1983) naar de Nota Eerstelijnszorg (1983). En ook in de wetgeving (of aanzetten daartoe): de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, plaats makend voor de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, is een dergelijke trend te onderkennen.

Daarom is er in dit boek plaats ingeruimd voor een korte beschrijving - in vogelvlucht van de diverse beleidsdocumenten van de overheid. Tesamen geven zij het maatschappelijk kader aan - inclusief de ontwikkelingen daarin - waarbinnen het onderzoek op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg en aanverwante sectoren tot ontwikkeling heeft kunnen komen.

2. DE STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG (1974)

De Structuurnota van 1974 geeft, in tegenstelling tot zijn voorganger, de Volksgezondheidsnota van 1966, een coherente totaalvisie op de gezondheidszorg. De nota constateert een tiental knelpunten in de Nederlandse gezondheidszorg die, in enigszins verkorte vorm, luiden:

- instrumenten voor de beheersing van de kostenontwikkeling zijn niet of onvoldoende aanwezig;
- het stelsel van voorzieningen vertoont onvoldoende samenhang;
- de structuur van de financiering is verbrokken en bevordert de noodzakelijke samenwerking tussen de voorzieningen niet;
- de samenwerking tussen voorzieningen is verbrokken en onoverzichtelijk;
- het stelsel van voorzieningen is onevenwichtig: teveel nadruk op de intramurale voorzieningen;
- in de intramurale sector zijn hier en daar onevenwichtigheden in

- de capaciteit ontstaan;
- bij de organisatie van de voorzieningen doen zich problemen voor;
 - de spreiding van de voorzieningen is niet altijd optimaal;
 - afstemming van de opleidingen op de behoefte in de gezondheidszorg is gewenst;
 - de inspraak van de bevolking in de ontwikkeling van de gezondheidszorg is onvoldoende tot ontwikkeling gekomen.

Als oplossing voor deze problemen noemt de nota: 'Een verschuiving van het accent, dat nu te eenzijdig wordt gelegd op specialistische intramurale zorg, naar de extramurale zorg en naar de preventie, alsmede het creëren van geordende voorzieningen, op elkaar afgestemd in geografisch beperkte gebieden en het planmatig verder ontwikkelen van het geheel der gezondheidszorg' (p.5). De nota is mede bekend geworden en gebleven door de ingevoerde begrippen 'regionalisatie' en 'echelonnering'. Onder regionalisatie wordt verstaan de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert. Een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. Uiteraard kan men niet stellen dat de Structuurnota nu de echelonnering van de gezondheidszorg heeft 'uitgevonden'; zeker op het gebied van de somatische gezondheidszorg was het principe van taakverdeling tussen huisarts en specialist, welke laatste alleen na verwijzing geraadpleegd kan worden, al veel langer geldend. Het is echter wel de eerste maal dat dit echelonneringsprincipe als één der uitgangspunten voor het beleid wordt genomen.

Het eerste echelon omvat alle niet gespecialiseerde voorzieningen. De nota merkt op dat 'op dit niveau een brug geslagen dient te worden tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening'. Wat betreft de relatie met het tweede echelon staat de relatie huisarts-specialist centraal (gebruik van diagnostische faciliteiten in ziekenhuizen door huisartsen, consultatie in eerste echelon door de specialist); tevens is de relatie ziekenhuisverpleging-wijkverpleging van belang. Samenwerking binnen de eerste lijn wordt noodzakelijk geacht om het grotere beroep dat op dit echelon gedaan zal gaan worden goed te kunnen opvangen; met name wordt de mogelijkheid tot samenwerken in gezondheidscentra genoemd.

Op het stuk van de te creëren beleidsinstrumenten noemt de nota een drieluik aan wetgeving: een Wet Gezondheidsvoorzieningen, waarin de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 1971 zou moeten opgaan; een Wet Tarieven Gezondheidszorg, waarin de Wet Ziekenhuistarieven van 1965 zou moeten opgaan; tenslotte een Wet Volksverzekering tegen ziekte-

kosten. De laatste wet van dit drieluk heeft het niet gehaald omdat het desbetreffende wetsvoorstel onbedoelde inkomenseffecten ten gevolge zou hebben. De Wet Tarieven Gezondheidszorg is inmiddels in werking; de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg bereikte op 8 september 1982 het Staatsblad, maar wordt thans omgevormd tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening.

Een belangrijk concreet beleidsvoornemen met betrekking tot de eerste lijn is de versterking van het Kruiswerk.

Een in dit kader ook belangrijke paragraaf is die over informatica en analyse. Informatie voor het landelijk niveau zal gegevens moeten bevatten over:

- omvang, aard en spreiding van voorzieningen;
- het personeel, de faciliteiten en de financiële situatie;
- het gebruik, met de bijzonderheden over de patiëntenstroom, zoals extramurale huisarts-patiëntcontacten, verwijzing per specialisme, poliklinische verrichtingen per specialisme, opnemingen en verpleegduur per specialisme en herkomst van patiënten.

3. DE SCHETS VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (1980)

De 'Schets' sluit nauw aan bij de Structuurnota, zij het dat sommige punten duidelijker zijn omschreven en bepaalde beleidslijnen wat meer zijn geconcretiseerd. Als algemene uitgangspunten van het beleid noemt de Schets: echelonnering, regionalisering, bestuurlijke decentralisatie, democratisering en bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Naast het eerste echelon wordt, net als in de Structuurnota, het tweede echelon onderscheiden; aan de andere kant daarvan vinden we nu echter de basisgezondheidszorg, elders ook wel aangeduid als het 'nulde echelon' (wat overigens een zeer verwarrende benaming is: het zou veel meer voor de hand liggen de zogeheten zelf- en mantelzorg als nulde echelon aan te duiden; daarmee ontstaat een veel logischer ordening van niet-professionele hulp naar generalistische professionele hulp naar specialistische professionele hulp).

De Schets omschrijft de doelstelling van de eerstelijnsgezondheidszorg als: het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de in een vertrouwensrelatie met de hulpverlener staande individuen en hun gezinnen of andere samenlevingsverbanden in hun thuissituatie. Afge-

leid van deze doelstelling kenmerkt de eerstelijnsgezondheidszorg zich door:

- het generalistisch karakter van de daarin aangeboden hulp en zorg met preventieve, voorlichtende, curatieve, verplegende, verzorgende, revaliderende, bewakende en signalerende aspecten. Niet beperkt tot bepaalde categorieën van hulpvragers, hulpvragen of hulpverleningsmethoden;
- de - in principe - vrije toegankelijkheid (dat wil zeggen zonder doorverwijzing) van de daarin werkzame hulpverleners;
- haar situering dichtbij of te midden van de doelpopulatie;
- haar gerichtheid op de mens in zijn thuissituatie;
- de ambulante wijze van hulpverlening.

Door deze kenmerken onderscheidt de eerstelijnsgezondheidszorg zich als een sector van gezondheidsvoorzieningen van andere sectoren van zorg. Ter verduidelijking kunnen bijvoorbeeld de kenmerken van de als tweedelijnsgezondheidszorg aangeduide sector als volgt worden omschreven:

- het specialistisch karakter van de hulpverlening;
- de - in het algemeen - niet vrije toegankelijkheid (toegang eerst na verwijzing);
- het doorgaans niet vlak bij de doelpopulatie gesitueerd zijn van de voorzieningen;
- het doorgaans niet gericht zijn op de mens in zijn thuissituatie, doch op de mens die uit zijn thuissituatie als 'los' individu in de inrichtingssituatie wordt geplaatst, hetzij klinisch, hetzij poliklinisch.

De sector die wordt aangeduid als basisgezondheidszorg heeft als karakteristieke kenmerken:

- het overwegend signalerend, preventief en positief bewakende karakter van de voorzieningen (het betreft hier zorg, geen hulp);
- het groepsgewijze benaderen waarbij het bereik naar buiten toe voorop staat en niet de bereikbaarheid van buiten af;
- de programmering van de zorg op grond van epidemiologische analyse;
- de totale populatie of een gehele risicogroep daaruit is doelgroep; gestreefd wordt naar een 100% bereik van deze doelgroep.

De grenzen tussen deze echelons zijn niet altijd duidelijk; niet alle disciplines hebben alle kenmerken van een eerstelijnsdiscipline (men denke aan de fysiotherapeut, die slechts na verwijzing toegan-

kelijk is), en sommige eerstelijnswerkers verrichten activiteiten die thuis horen onder de basisgezondheidszorg (bijvoorbeeld consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters).

De ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft weliswaar een aantal eerstelijnskenmerken, maar wordt in de Schets vanwege haar specialistische karakter toch niet tot de eerste lijn gerekend.

Het algemeen maatschappelijk werk, de gezinszorg en de bejaardenzorg worden in de Schets omschreven als 'voorzieningen die gerekend worden tot de maatschappelijke dienstverlening en die onder CRM ressorteren (de samenvoeging tot WVC moest nog plaatsvinden), maar kenmerken vertonen die overeenkomen met de kenmerken van de eerstelijnsgezondheidszorg (..). Hoewel deze voorzieningen door velen niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, en zeker ook niet exclusief daartoe behoren, vervullen ze een onmisbare complementaire functie ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. Lichamelijk en/of geestelijk functioneren en maatschappelijk functioneren beïnvloeden elkaar wederkerig. Dit maakt nauwe samenwerking, afstemming en samenhang tussen deze voorzieningen noodzakelijk'. Dit is ook de reden dat deze zorgvormen zijn opgenomen in het overzicht van categorieën van uitvoerende werkers in de eerstelijns(gezondheids)zorg dat in de Schets is opgenomen.

Als kerndisciplines noemt de Schets de huisartsgeneeskunde, de wijkverpleging en het algemeen maatschappelijk werk (de laatste met de nadrukkelijke aantekening dat deze discipline ook buiten de eerstelijnsgezondheidszorg een aantal functies vervult). Opvallend is dat de psycholoog met name genoemd wordt als niet behorende tot de kerndisciplines (want 'vooralnog niet behorende tot de eerstelijnsgezondheidszorg'), terwijl over de gezinszorg in dit verband niet geïmplied wordt.

Al een aantal jaren wordt volgens de Schets een beleid gevoerd gericht op versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Vier onderdelen worden met name genoemd:

- beleid ten aanzien van de Kruisorganisaties (vermindering aantal kruisverenigingen, fusie van de drie landelijke 'gekleurde' kruisverenigingen, uitbreiding personeelsbestand met 3 à 4% per jaar, onderbrenging kruiswerk onder AWBZ per 1 januari 1980);
- beleid gericht op bevordering van samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra 1974 respectievelijk 1979, verkleining praktijk wijkverpleegkundigen werkzaam in gezondheidscentra);

- beleid gericht op bevordering van samenwerking tussen de eerste-lijnsgezondheidszorg en de andere gezondheidszorgsectoren (subsidieren van nazorgfunctionarissen, subsidie van een project consultatie van deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg door eerstelijnswerkers; twee experimenten met diagnostische centra);
- beleid gericht op versterking van de ondersteuning, waarbij concreet genoemd worden opleiding (een 'bescheiden' financieringsregeling voor huisartsen in opleiding), nascholing (financiële steun aan het project 'geboortenregeling in de eerste lijn'), onderzoek (o.a. subsidiëring NHI), registratie (Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations, Huisartsenregistratie, Registratie Wetenschappelijk Onderzoek in de eerste lijn) ontwikkeling (experimenten met betrekking tot psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn), en ontwikkeling van het ondersteunend kader van de kruisorganisaties.

Als belangrijke 'ontwikkelingstrends' in het denken over de eerste-lijnsgezondheidszorg signaleert de Schets:

- meer nadruk op de verantwoordelijkheid van de patiënt/cliënt voor zijn eigen gezondheid en die van anderen (zelfzorg respectievelijk mantelzorg);
- meer oog voor de belangrijke rol van vrijwilligers en patiëntenorganisaties;
- reductie van de autoriteit van de professionele hulpverlener, zodat de hulpvrager minder afhankelijk en meer mondig wordt;
- zoeken naar een ander evenwicht in bestuurlijke- en beslissingsbevoegdheden: decentralisatie, regionalisatie, subregionalisatie, participatie van de consument;
- zoeken naar opleidings-, nascholings-, toetsings- en supervisiemethoden en structuren, die flexibele hulpverleners vormen, die openstaan voor kritische reflectie op hun handelen en bereid zijn tot bijsturen.

Vrij gedetailleerd gaat de Schets in op de knelpunten die het goed functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg belemmeren. Deze worden onderscheiden in problemen op drie niveaus: de uitvoering, de ondersteuning en de beleidsvoering. Als **probleem op het niveau van de uitvoering** wordt allereerst genoemd de verzwaring en uitbreiding van taken van het uitvoerende werk: meer nadruk is komen te liggen op nazorg; er is sprake van een veranderd morbiditeitspatroon mede door een vergrijzende bevolking; preventieve activiteiten en tijd benodigd voor overleg, nascholing en dergelijke vormen een derde en

vierde oorzaak hiervan.

Enigszins met de problematiek van de taakverzwaring hangt samen de toegenomen problematiek inzake bijzondere groeperingen (bijvoorbeeld ethnische minderheden). Samenwerkingsproblemen vormen het laatste onderdeel van de problematiek op uitvoeringsniveau, zowel binnen de eerste lijn (niet-samenvallende doelpopulaties van de verschillende hulpverleners, extra tijdsbeslag van samenwerking) als tussen de eerste lijn en andere sectoren (slechte verwijsbrieven, late ontslagberichten, ontbreken van afspraken tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging, discongruente doelgroepen van ziekenhuizen en eerstelijnswerkers, etc.)

Als belangrijkste **probleem op het niveau van de ondersteuning** noemt de Schets het gebrek aan samenhang binnen de ondersteuningsstructuur. De ondersteuning geschiedt door vele, los van elkaar opererende instanties. Wat de opleidingen betreft wordt geconstateerd dat de afstemming op de eisen die de beroepsopleiding stelt veelal verbeterd moet worden, terwijl bij- en nascholing, supervisie, werkbegeleiding, consultatie en toetsing eveneens voor verbetering vatbaar zijn.

Als **probleem op het niveau van het beleid** wordt allereerst genoemd het ontbreken van een gemeenschappelijke visie van particuliere organisaties, overheidsinstanties en financiers ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het ontbreken van voor het beleid noodzakelijke gegevens is een knelpunt dat in het kader van deze studie iets uitvoeriger weergegeven mag worden. 'Per beroepsgroep zijn gegevens nodig over aantallen werkers, de spreiding, de dichtheid en leeftijdsopbouw, alsmede over de wijze van functioneren (samenwerking en dergelijke). Over sommige groepen zijn vrij veel gegevens beschikbaar; over andere - fysiotherapeuten bijvoorbeeld - nog heel weinig. Groepspraktijken van huisartsen en wijkgezondheidscentra worden thans geregistreerd, maar over gezamenlijke praktijken van andere beroepsbeoefenaren en andere vormen van multidisciplinaire samenwerking ontbreken de gegevens vrijwel nog geheel.

Ook zijn gegevens nodig over de omvang van de aan de eerstelijnswerkers aangeboden problematiek, alsmede over het functioneren van de eerstelijnszorg. Op deze punten zijn de gegevens veel te beperkt of zelfs geheel afwezig. Een belangrijke oorzaak dat er vrijwel geen gegevens aanwezig zijn over het functioneren van de eerstelijnszorg is het feit dat nog geen goede instrumenten ontwikkeld zijn voor procesevaluatie en effectmeting. Wel kan bijvoorbeeld onderzoek worden gedaan naar verschillen in verwijzing naar tweedelijnsvoorzieningen, geneesmiddelengebruik, aantallen opnamen en verpleegdagen in

intramurale voorzieningen, etc., maar maatstaven kunnen dergelijke onderzoeken niet opleveren, hoogstens indicaties.

Mede als gevolg hiervan zijn er geen normen voorhanden, waaraan de kwaliteit van de verleende zorg kan worden getoetst.

Een ander gevolg is dat de effecten van beleidsmaatregelen zeer moeilijk, zo niet onmogelijk waar te nemen en te meten zijn, waardoor momenteel beleidsbepaling slechts mogelijk is op grond van plausibel lijkende uitgangspunten.'

Een zeer belangrijk knelpunt vormt het ontbreken van regel- en stuurmechanismen. 'Voor het realiseren van een evenwichtige ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg is planning noodzakelijk.

Van planning kan alleen sprake zijn, wanneer aan het beleid regel- en stuurmechanismen ten dienste staan, welke betrekking hebben op de inzet van mankracht en middelen, en de omvang, aard en spreiding van de voorzieningen.

Deze mechanismen zijn thans nog in onvoldoende mate voorhanden, zodat mede in verband met de onvoldoende beschikbaarheid van gegevens, een goede planning van een wijkgerichte eerstelijnsgezondheidszorg nog niet mogelijk is.'

Ook het ontbreken van een wettelijk vestigingsbeleid wordt als een knelpunt ervaren.

Een laatste probleem op dit niveau betreft de financiering. Er is sprake van versnippering, door verschillende financieringsbronnen; het verrichtingenstelsel bevordert de samenhang tussen disciplines niet; de Ziekenfondswet, die de meeste verstrekkingen regelt, is slechts op een bepaald gedeelte van de bevolking van toepassing; er bestaan financiële belemmeringen voor het overgaan naar een dienstverbandsituatie, etc.

Voor al deze knelpunten worden in de Schets beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen aangedragen. Het zou te ver voeren en de leesbaarheid van deze bijdrage niet verhogen, om deze in detail weer te geven. Van belang is wèl de constatering dat de Schets de beleidsvoornemens nadrukkelijk presenteert in het kader van de wetsontwerpen van de WVG respectievelijk WTG, die ten tijde van het verschijnen van de Schets in de fase van parlementaire behandeling verkeerden.

Globaal komen de beleidsvoornemens en -maatregelen op het volgende neer:

- afstemming van probleemaanbod op de capaciteit in de eerstelijnsgezondheidszorg door het formuleren van na te streven praktijknormen voor de verschillende eerstelijnsdisciplines en door kritische

bezinning op hun takenpakketten. Uitbreidingen worden voorzien voor de aantallen huisartsen, wijkverpleegkundigen en diëtisten; geen uitbreiding voor de (aan de bevolkingsomvang gerelateerde) aantallen tandartsen, verloskundigen, apothekers en (niet geheel zeker) kraamverzorgsters, terwijl de toename van het aantal fysiotherapeuten enige zorgen baart;

- opheffen van de problemen ten aanzien van bijzondere groeperingen;
- bevordering van de samenwerking van eerstelijns werkers (geconstateerd wordt dat het nastreven van gelijke doelpopulaties nog slechts op vrijwillige basis kan geschieden);
- bevordering van samenwerking tussen eerste echelon en andere sectoren (genoemd worden de experimenten met diagnostische centra, meer aandacht voor het verwijzingsproces, etc.);
- bevordering van een samenhangende ondersteuningsstructuur (o.a. het S-1 project), en van ondersteunende activiteiten (consultatie, nascholing, toetsing, 'methodisch werken', etc.), alsmede van wetenschappelijk onderzoek (o.a. uitgroei NHI tot landelijk eerstelijnsinstituut);
- verbeterde beleidsvoering door onder andere een betere communicatiestructuur tussen de bij het beleid betrokken organisaties, door het ontwikkelen van een registratiesysteem voor de eerstelijnsgezondheidszorg (zowel een systeem voor registratie van beroepsbeoefenaren als een systeem voor registratie van probleemaanbod en -verwerking in de eerste lijn), bevordering van beleidsrelevant onderzoek, ontwikkeling van regel- en stuurmechanismen (waarbij vooral wordt verwezen naar de naderende WVG), en tenslotte maatregelen op het gebied van de financiering (waarbij erkend wordt dat pas op langere termijn een afdoende oplossing gevonden zal worden).

4. DE WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG (1982)

Hoewel de WVG inmiddels omgevormd wordt tot een WGM (Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening) is te verwachten dat belangrijke delen van deze wet ongewijzigd zullen blijven. Daarom zal aan de WVG in dit verband vrij ruime aandacht worden geschonken.

De Wet van 8 september 1982, houdende regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, zoals

de officiële benaming van de WVG luidt, heeft een vrij lange voorgeschiedenis. Reeds bij de parlementaire behandeling van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 1971 werd de wens te kennen gegeven te komen tot een plannings- en structureringswet die alle voorzieningen voor gezondheidszorg zou omvatten. Door Staatssecretaris Kruisinga werd dan ook in 1971 een voorontwerp van wet ingediend houdende uitbreiding van de Wet Ziekenhuisvoorziening tot een Wet Gezondheidszorgvoorzieningen.

Om een aantal redenen heeft Staatssecretaris Hendriks, ondertekenaar van de Structuurnota van 1974 en daarmee de geestelijke vader van de WVG, gemeend niet verder te moeten gaan op de weg van dit voorontwerp. De belangrijkste van die redenen was het feit dat het centralistische plansysteem van de WZV niet goed in te passen leek in het systeem dat de ontwerpers van de WVG voor ogen stond, waarbij de verantwoordelijkheid voor het ordenen van de gezondheidszorg juist op een zo laag mogelijk bestuurlijk niveau gelegd zou worden. Liever dan de WZV uitbouwen tot een allesomvattende wet wilde Hendriks dan ook een nieuwe wet voor alle voorzieningen ontwerpen, waarin de WZV te zijner tijd zou opgaan. Op 26 oktober 1976 werd daartoe een wetsontwerp bij de Tweede Kamer ingediend dat, na tamelijk ingrijpende wijzigingen, in 1982 het Staatsblad bereikte.

De WVG wordt wel aangeduid als een raamwet, een planningswet, of een structureringswet. Al deze termen hebben gemeen dat zij verwijzen naar een type wet waarin weinig of niets 'inhoudelijks' geregeld wordt, maar vooral regels gesteld worden om op een verantwoorde wijze een bepaald doel te bereiken. Op een aantal uitzonderingen na beperkt de WVG zich dan ook tot het creëren van middelen waarmee het doel (een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg) bereikt kan worden.

Deze middelen vormen het 'hart' van de wet. De WVG onderscheidt als stuurmiddelen algemene regels, beschikkingen, plannen en richtlijnen.

Een voor de sturing van de zorg belangrijk onderscheid dat de wet maakt is dat tussen voorzieningen voor gezondheidszorg uitgaande van instellingen en voorzieningen uitgaande van personen (waarbij tussen zelfstandige beroepsbeoefenaren en hulpverleners in loondienst geen onderscheid wordt gemaakt). Dit onderscheid tussen instellingen en personen is van groot belang omdat het samenhangt met de stuurmiddelen die de wet hanteert. Met name wat betreft de in het kader van de WVG vast te stellen plannen voor voorzieningen, de daarop betrekking hebbende richtlijnen en met die plannen samenhangende erkenningen van voorzieningen zijn er verschillen: personen komen niet voor in

een plan en hebben evenmin een erkenning nodig.

Voor voorzieningen uitgaande van instellingen voor gezondheidszorg is het **plan** een belangrijk stuurmiddel. De overheid tot welker beoefening die voorziening hoort (iets wat, afgezien van enkele bepalingen die de wet hierover geeft, bij algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt geregeld) stelt een plan vast met een geldingsduur van vier jaar. De lagere overheden (provincie en gemeente) hebben zich bij het vaststellen van dit plan te houden aan de door de Minister gegeven richtlijnen, waarin onder andere de behoefte aan voorzieningen, de spreiding en de samenhang tussen voorzieningen wordt geregeld, alsmede wordt aangegeven welk beslag de voorzieningen in de planperiode mogen leggen op de personele, materiële en financiële middelen. Tevens kunnen aan de provincie richtlijnen over de gebiedsindeling worden gegeven.

Komt een voorziening voor in een dergelijk plan, dan kan, mits aan een aantal eisen is voldaan, een erkenning worden afgegeven. Zonder een dergelijke erkenning komt de voorziening niet in aanmerking voor vergoeding van kosten in het kader van de Ziekenfondswet, de AWBZ of van overheidswege. Voor inrichtingen voor gezondheidszorg (instellingen waar patiënten (tijdelijk) gehuisvest zijn) geldt bovendien nog dat voor de bouw een vergunning nodig is; het bouwen of exploiteren van een inrichting zonder vergunning is strafbaar. Ook bij de beslissing om al of niet een vergunning te verlenen speelt het plan een belangrijke rol.

Voor voorzieningen uitgaande van personen op het terrein van de gezondheidszorg (en voor disciplines als huisartsgeneeskunde verloskunde, tandheelkunde en fysiotherapie in de eerste lijn vormen die nog de meerderheid) geldt dit niet. Het wetsontwerp kende nog de mogelijkheid het plan van toepassing te verklaren op personen (facultatief dus) en voorzag ook in de mogelijkheid van erkenning van personen; in de definitieve wettekst vallen personen niet meer onder het regiem van het plan, en behoeven zij evenmin een erkenning om in aanmerking te komen voor vergoeding van kosten. In plaats daarvan kent de wet voor personen de mogelijkheid van een vestigingsregeling: bij amvb kan bepaald worden dat het voor het gehele land of een deel daarvan verboden is een bepaald beroep in de gezondheidszorg uit te oefenen zonder vergunning. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen beroepsuitoefening in het kader van een instelling of anderszins. Een persoon, werkzaam in het kader van een instelling kan dus zowel op indirecte wijze met de stuurmiddelen van de WVG te maken krijgen (de instelling waar hij werkt heeft een erkenning nodig om kosten vergoed te krijgen), als op directe wijze:

om zijn beroep uit te oefenen kan hij een vergunning nodig hebben. De genoemde amvb geeft normen ten aanzien van het aantal personen in relatie tot het aantal inwoners van het gebied in kwestie, waarbij rekening gehouden wordt met verschillen in zorgbehoefte (vergrijzing, structurele problemen, ongezonde regio's, etc.). Daarnaast kan bij amvb bepaald worden dat de praktijkomvang van een persoon een bepaalde grootte niet mag overschrijden, c.q. tot een bepaalde grootte moet worden teruggebracht. Gemeenschappelijk voor alle voorzieningen moet als stuurmiddel genoemd worden de bevoegdheid van de verschillende overheden eisen te stellen waaraan voorzieningen in hun functioneren moeten voldoen met het oog op de nodige samenhang met andere voorzieningen voor gezondheidszorg c.q. maatschappelijke dienstverlening. De oorspronkelijke tekst verplichtte de overheden tot het stellen van deze eisen; de definitieve versie geeft ze een facultatief karakter. Wat precies de reikwijdte van deze bevoegdheid is, zal overigens in de praktijk moeten blijken. Het intrekken van de erkenning van een ziekenhuis omdat de ziekenhuishulp bij voortdurende slecht 'samenhangt' met de eerstelijnsgezondheidszorg is, hoewel in de wet expliciet als mogelijkheid genoemd, in de praktijk volstrekt ondenkbaar. Wellicht heeft deze bepaling vooral een 'rhetorische' betekenis.

Geen stuurmiddel maar wel een 'randvoorwaarde' daartoe is de mogelijkheid te voorzien in de financiële gevolgen van saneringsmaatregelen. Deze mogelijkheden bestaan voor alle voorzieningen: zowel een huisarts die zijn praktijkomvang moet verkleinen als een ziekenhuis dat gesloten wordt kan daarvoor een vergoeding krijgen.

De plicht tot het verstrekken van gevraagde inlichtingen over voorzieningen aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid geeft de mogelijkheid tot toezicht op de naleving van de wet, terwijl een apart hoofdstuk over de informatievoorziening met betrekking tot de WVG de mogelijkheid schept na te gaan of de wet niet alleen wordt nageleefd, maar het nagestreefde doel ook inderdaad dichterbij brengt. De inlichtingen- en informatieplicht geldt in principe voor alle voorzieningen.

Wél verschil tenslotte is er tussen voorzieningen uitgaande van personen en voorzieningen uitgaande van instellingen op het punt van de krachtens de WVG te stellen kwaliteitseisen: afgezien van enkele eisen met betrekking tot de organisatie van de zorg en de rechten van de gebruiker die bij amvb kunnen worden gesteld, stelt de wet aan personen geen kwaliteitseisen. Het oorspronkelijke ontwerp ging hierin verder; de kwaliteitseisen te stellen aan personen zullen echter geregeld worden in de in de voorontwerpfase verkerende wet

BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Aan instellingen worden bij amvb meer omvattende kwaliteitseisen gesteld, waaronder tevens eisen ten aanzien van het democratisch functioneren van de instelling worden begrepen.

De WVG kent een uitgebreide adviesverplichting bij het opstellen van de plannen; door velen werd deze als enigszins topzwaar ervaren.

Met deze summiere (en verre van volledige) weergave van de WVG willen wij voorlopig volstaan. In telegramstijl samengevat gaat het bij de WVG dus om: een raamwet; bij amvb wordt geregeld of een voorziening uitgaande van een instelling behoort tot de bemoeiing van Rijk, provincie of gemeente; de desbetreffende overheid stelt voor 'haar' categorieën voorzieningen een plan vast, volgens richtlijnen van de Minister; een 'financiële paragraaf' kent de WVG niet: toegang tot de geldstromen wordt verleend door een stelsel van erkenningen voor instellingen die in het plan passen; vestigingsregelingen voor personen worden niet op basis van plannen gemaakt, maar op basis van een stelsel van vergunningen; voor het bouwen en exploiteren van een inrichting is een vergunning nodig; inrichtingen kunnen gesloten worden.

Met deze wet heeft de overheid een aantal regel- en stuurmechanismen in handen waarover zij thans niet beschikt.

5. DE NOTA WETGEVING WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1983)

De WVG bepaalt in artikel 32 dat na minimaal twee en maximaal drie planningsperioden zal worden overgegaan op het plansysteem van de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW). In bovengenoemde nota geven de beide bewindslieden van het inmiddels ontstane Ministerie van WVC echter te kennen dat de KSW niet zal worden ingevoerd. De aanleidingen hiertoe zijn tweëerlei: enerzijds wenste men bij nader inzien de reikwijdte van de wet te beperken tot uitsluitend de terreinen van WVC; anderzijds speelden bezuinigingsoverwegingen en de algemeen geldende wens tot deregulering een rol. Daarnaast werd het wenselijk geoordeeld in de planning voor de gezondheidszorg een duidelijker verbinding te leggen tussen voorzieningen voor gezondheidszorg en daarmee verband houdende voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening. Daarom wordt een nieuwe wet in het vooruitzicht gesteld: de WGM. Deze wet, waarop wij hierna nog terugkomen, verkeert op dit moment in het stadium van voorontwerp.

6. DE NOTA 'VOLKSGEZONDHEIDSBELEID BIJ BEPERKTE MIDDELEN' (1983)

Aangezien deze nota kort na het verschijnen gevolgd werd door de hieronder te behandelen Nota Eerstelijnszorg, zullen we hem wat korter bespreken.

De nota zet wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg de lijn die in de Schets was uitgezet voort. Nadrukkelijk wordt gesteld dat gezondheidsproblemen in eerste instantie in de zelf- en mantelzorg dienen te worden opgelost, pas als dat niet lukt komen de 'thuiszorg' aan de orde en vervolgens, zo nodig, de gespecialiseerde en residentiële zorg. De benaming 'thuiszorg' doelt op hulp verleend bij mensen thuis én op hulp geboden in praktijkruimten in de wijken. Thuiszorg valt samen met eerstelijnsgezondheidszorg, zij het dat deze laatste term vooral verwijst naar het echelonneringsprincipe, terwijl de rij zelf- en mantelzorg, thuiszorg, gespecialiseerde en residentiële zorg vooral verwijst naar een toenemende afhankelijkheid van de patiënt (p.24).

De 4% volumegroei in het kruiswerk zal worden voortgezet; de reeds in de Schets genoemde ontwikkelingen van de aantallen overige beroepsbeoefenaren in de eerste lijn blijven onveranderd.

Met nadruk wordt gewezen op het experiment in Almere. De nota zegt daarover: 'Er is gezocht naar een mogelijkheid om de verschillende elementen in de versterking van de eerstelijnszorg tegelijkertijd te effectueren. De ontwikkeling van de eerstelijnszorg in Almere bood de gelegenheid met een dergelijke benadering in de praktijk te experimenteren.'

In het project gezondheidszorg Almere zal de komende jaren worden nagegaan in hoeverre en op welke wijze een versterkte eerstelijnszorg in combinatie met een in capaciteit aangepaste tweedelijnsgezondheidszorg een adequate hulpverlening kan bieden. Belangrijke elementen van het project vormen de binnen één eerstelijnsorganisatie functionerende disciplines op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en het loondienstverband voor alle categorieën beroepsbeoefenaren.'

Door het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het NIVEL wordt dit experiment geëvalueerd; hoewel het onderzoek nog loopt is wel duidelijk dat noch de ene eerstelijnsorganisatie, noch het dienstverband voor alle categorieën beroepsbeoefenaren zonder slag of stoot tot stand komt. Wat betreft het onderzoek in de gezondheidszorg (ook,

maar niet specifiek over de eerste lijn) wordt prioriteit gegeven aan gezondheidszorgonderzoek ('health services research') enerzijds en onderzoek met betrekking tot preventie anderzijds. Op het eerstgenoemde terrein zullen centraal staan studies over herstructurering in het algemeen (WVG), en studies op het gebied van de basisgezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. De afstemming van de door het departement gefinancierde/gesubsidieerde onderzoeksinstituten op de departementale onderzoeksbehoefte zal worden bevorderd, evenals de afstemming van de verschillende aan onderzoek te besteden geldstromen. Een laatste punt betreft het nastreven van een landelijke coördinatie van het gehele terrein van het gezondheidszorgonderzoek, te effectueren door een op te richten Raad voor Gezondheidsonderzoek.

Duidelijker dan in woorden zijn de nagestreefde accentverschuivingen die de nota aangeeft, weer te geven in het schema dat de nota daarvan geeft, en dat op de volgende pagina wordt weergegeven.

Om deze verschuivingen te bereiken staat een aantal beleidsinstrumenten ter beschikking, of wordt een aantal beleidsvoornemens genoemd om over deze beleidsinstrumenten te kunnen beschikken. Voor de eerstelijnsgezondheidszorg is vooral de in het stadium van voorontwerp verkerende Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van belang, welke de bevoegdheid en de eisen te stellen aan de beroepsuitoefening zal regelen. Een ontwerpbesluit vestiging en praktijkomvang van huisartsen werd in juli 1983 in de Staatscourant gepubliceerd. In dit ontwerpbesluit waar naar de nota verwijst, wordt het vestigingsbeleid een zaak van de gemeenten. Het besluit is een nadere regeling van de desbetreffende artikelen van de WVG.

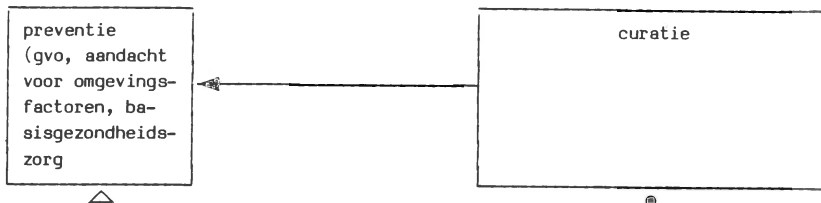
7. DE NOTA EERSTELIJNSZORG (1983)

Waar in de Structuurnota van 1974 nog vrij abstract werd gesteld dat in de eerste lijn tussen gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg 'een brug geslagen dient te worden', en de Schets van 1980 nog in tamelijk omzichtige bewoordingen spreekt over de samenhang tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, spreekt de Nota Eerstelijnszorg van 1983 duidelijk uit dat voor deze twee terreinen een samenhangende beleidsvoering gewenst is, maar dat de noodzaak

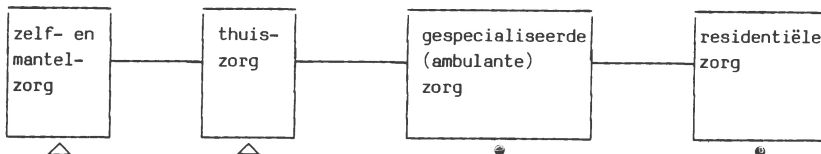
Accentverschuivingen in de gezondheidszorg

△ = groei; ● = reductie; ◆ = constant; → = richting accentverschuiving

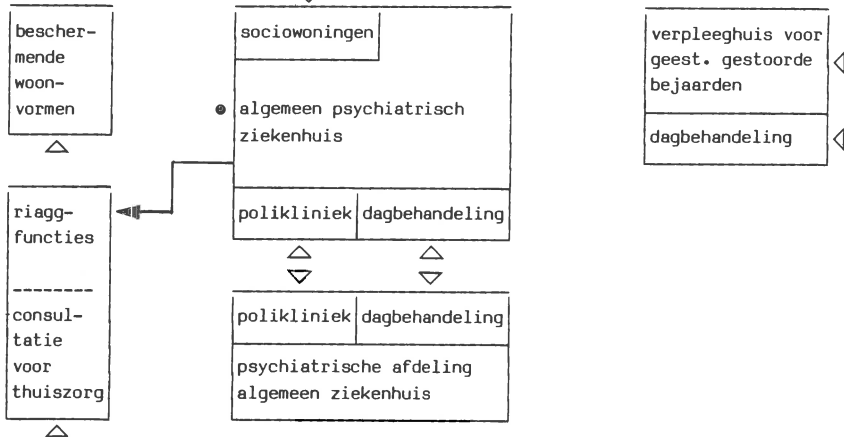
I. Relatie preventie-curatie:



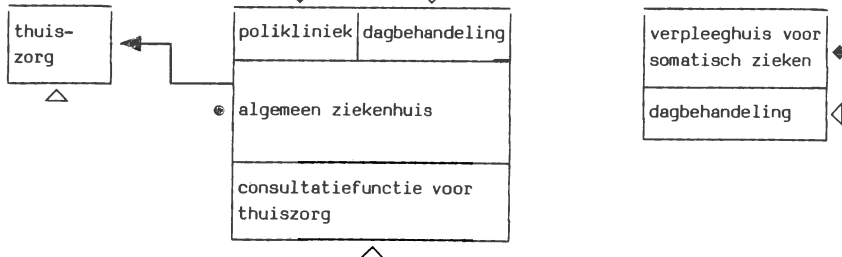
II. Verschuivingen binnen het zorgsysteem:



III. Verschuivingen binnen de geestelijke gezondheidszorg:



IV. Verschuivingen binnen de somatische gezondheidszorg:



daartoe tot voor kort in onvoldoende mate onderkend is, waarbij nog komt dat het ontwikkelen van een samenhangend beleid voor de instandhouding en kwaliteit van de voorzieningen, door de verdeling over twee departementen, nauwelijks bevorderd werd. Wat in de Nota wetgeving welzijn, volksgezondheid en cultuur kort daarvoor al werd gesteld ten aanzien van het omvormen van de WVG tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, wordt hier in algemene zin en nadrukkelijk nog eens herhaald.

Wat is eerstelijnszorg? De nota zegt hierover:

'De (professionele) eerstelijnszorg - ook wel genoemd de thuiszorg - wordt omschreven als een subsysteem van zorg waarin de werkers de medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor een continue, integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving van de mensen, aan wie de zorg wordt verleend.' (p.8).

Vergelijken we deze definitie met die van de Schets, dan valt, naast enkele textuele verbeteringen, op dat waar de Schets sprak over 'medeverantwoordelijkheid voor de zorg voor de gezondheid', de nota nog slechts spreekt over 'medeverantwoordelijkheid voor de zorg'. Neemt men dit letterlijk, dan betekent dit dat de eerstelijnszorg in alle zorg voorziet waaraan een mens in de eigen omgeving maar behoefte zou kunnen hebben. Van een dergelijke hubris zouden we de ondertekenaar van de nota niet willen beschuldigen; waarschijnlijker is dat men het vrij delicate proces van naar elkaar toegroeien van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening niet heeft willen verstoren, en niet het gevaar heeft willen lopen om met een in zijn omschrijving al te zeer op de gezondheidszorg respectievelijk de maatschappelijke dienstverlening gericht object van de zorg één van de sectoren voor het hoofd te stoten.

Evenals de Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen noemt de Nota Eerstelijnszorg als raakvlakken van de eerste lijn aan de ene kant het 'informele circuit' van de zelf- en mantelzorg, en aan de andere zijde de tweede lijn. Kenmerken van eerste en tweede lijn verschillen niet van die in de Schets; wel wordt opgemerkt dat (onder andere) de basisgezondheidszorg in dit schema niet goed kan worden ingepast.

De nota onderscheidt, in het voetspoor van de 'beperkte-middelen-nota', de algemene thuiszorg en de bijzondere thuiszorg. De eerste zorgsoort omvat huisartsgeneeskunde, algemeen maatschappelijk werk, kruiswerk en gezinsverzorging; de overige voorzieningen vallen onder de bijzondere thuiszorg. De gezinsverzorging is dus, anders dan in de Schets, als kerndiscipline 'erkend'.

Als uitgangspunten voor het ontwikkelen van het beleid met betrek-

king tot de eerstelijnszorg noemt de nota:

- a. Mensen dienen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te blijven.
- b. Nadruk dient te worden gelegd op de individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en zorg voor zich zelf, maar ook op die voor de gezondheid en zorg van en voor anderen (zelfzorg, mantelzorg, georganiseerde vormen van vrijwilligerswerk).
- c. Wanneer de problemen voor de eigen mogelijkheden, zoals onder b aangegeven, te groot zijn, kan professionele hulp worden ingeroepen, te beginnen in de eerste lijn.
- d. Mensen dienen zo min mogelijk afhankelijk te worden gemaakt van 'deskundigen'.
- e. Hulpvrager en hulpverlener dragen ten aanzien van de hulpverlening ieder een eigen verantwoordelijkheid.

Als algemene beleidsdoelstelling wordt geformuleerd:

'Binnen deze uitgangspunten dienen overheden en particulier initiatief een samenhangend beleid te voeren, dat gericht is op het bevorderen van een pakket van op elkaar afgestemde en waar nodig op samenwerking gebaseerde voorzieningen van eerstelijnszorg en op het versterken van de mogelijkheden voor thuiszorg.'

Daaruit vloeien vervolgens afgeleide doeleinden voort, die als volgt kunnen worden samengevat:

- samenhangend beleid op alle overheidsniveaus (de omvorming van de WVG tot een WGM wordt in dit verband 'een doorbraak naar een samenhangend beleid' genoemd);
- bevorderen van samenhang tussen voorzieningen;
- stimuleren van samenwerking tussen disciplines;
- streven naar een evenwichtige verdeling van de capaciteit over de eerstelijnsvoorzieningen (met name wordt de achterstand in volume van het maatschappelijk werk genoemd);
- betere afstemming van eerste en tweede lijn op elkaar, ook wat betreft verzorgingsbehoevenden;
- bevordering zelf- en mantelzorg, herwaardering van huishoudelijke en verzorgende arbeid, hulpverleners nascholen in ondersteunende rol bij zelf-, mantel- en vrijwilligerszorg.

Deze doelstellingen worden nader uitgewerkt; de weergave daarvan zou hier te ver voeren.

De nota geeft vervolgens een overzicht van de bestaande situatie in de eerstelijnszorg, de trends en de knelpunten. Een aantal daarvan zijn niet wezenlijk verschillend van wat al in de Schets stond. Na-

drukkelijk pleit de nota voor nieuwe functie- en taakomschrijvingen voor de eerstelijns werkers: 'de hulpverleners dienen elkaars takenpakket, deskundigheid en werkwijze te kennen en op elkaar af te stemmen'. Het 'Basistakenpakket voor de huisarts' wordt een goed uitgangspunt genoemd om tot een duidelijke afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden te komen. Hoewel veel minder uitgesproken dan negen jaar eerder in de Structuurnota, wordt de huisarts nog steeds een 'centrale, generalistische functie' binnen de eerste lijn toegedacht.

Wat betreft psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn wordt verwezen naar de in 1984 aan te bieden nota inzake de geestelijke gezondheidszorg; in die nota zal de eerste lijn worden aangewezen als voorziening voor de 'lichtere' psycho-sociale problematiek.

Op het terrein van de relaties tot andere vormen van zorg wordt de basisgezondheidszorg beschreven als een sector die weliswaar niet past in het aan de nota ten grondslag liggende zorgmodel (zelf- en mantelzorg ↔ thuiszorg ↔ gespecialiseerde zorg ↔ residentiële zorg), maar die vanuit inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, op basis van epidemiologische analyse, aan bijvoorbeeld de eerstelijnsgezondheidszorg achtergrondgegevens kan verschaffen ten behoeve van activiteiten op het terrein van preventie en GVO. Een ondersteunende functie dus.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg is slechts toegankelijk na verwijzing. Vanuit de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) dient consultatie gegeven te worden aan de werkers in de eerste lijn. Met name het diagnostisch vermogen van het algemeen maatschappelijk werk ten aanzien van psycho-sociale problematiek dient versterkt te worden.

In de relatie met de tweede lijn worden vooral de mogelijkheden tot dagbehandeling en dagverpleging genoemd, betere verwijs- en ontslagprocedures, de nazorgfunctie van de eerste lijn en een wijziging van het stelsel van verwijs- en herhalingskaarten in een stelsel van advies- en behandelkaarten, waardoor de invloed van de huisarts in de tweede lijn zou moeten toenemen. Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek naar de experimenten met twee diagnostische centra wordt geconcludeerd dat het beschikbaar stellen van uitgebreide diagnostische faciliteiten van huisartsen alleen zinvol geacht kan worden indien dit plaats vindt in het kader van werkafspraken over diagnostisch onderzoek dan wel behandelingsprotocollen, en indien regelmatige terugkoppeling en evaluatie van het diagnostisch onderzoek van de huisarts kan plaatsvinden.

Onder het tot nadenken stemmende kopje 'categoriale zorg in de

eerste lijn' wordt gewezen op de moederschapszorg en kleuterhygiëne, ambulante voorzieningen voor jeugdigen, hulpverlening aan culturele minderheden, patiëntenorganisaties (als aanwijzing voor een behoefte aan speciale zorg), bejaardenproblematiek en de problematiek van lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken.

Met de **informatievoorziening** is het nog niet veel beter gesteld dan ten tijde van de Schets: paramedische beroepsbeoefenaren ontbreken nog in de registratiesystemen; gegevens over de wijze van functioneren van de eerstelijnsverleners, over de aangeboden problematiek en over de verleende zorg zijn er nog onvoldoende.

Statistische gegevens dienen beschikbaar te komen over:

1. de ontwikkeling van aantallen beroepsbeoefenaren, hun arbeidstijd, plaats en kader waarin zij werken, enzovoort;
2. het probleemaanbod in de eerstelijnszorg en de wijze waarop dit wordt gerubriceerd en gediagnostiseerd;
3. de omvang van de zorgverlening en het verloop van de zorgverlening aan cliënten/patiënten gedurende een wat langere periode;
4. de wederzijdse beïnvloeding van de zorg in de eerste en de tweede lijn en de mate waarin de beoogde algemene beleidsdoelstelling wordt bereikt;
5. de met de zorgverlening bereikte resultaten in termen van gezondheid, welzijn en mate van zelfstandigheid;
6. de kosten verbonden aan de zorgverlening, de extra kosten respectievelijk besparingen ten gevolge van een bepaalde werkwijze of een andere organisatie van de zorg, vereist uitwerking van een samenhangend systeem van (onder andere statistische) informatievoorziening.

Als lacunes in het **onderzoek** op het terrein van sommige eerstelijnsvoorzieningen worden genoemd onderzoek naar het functie-aanbod van deze voorzieningen, onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking tussen eerstelijnsvoorzieningen en de effecten ervan, onderzoek naar vraag en aanbod en aspecten van het hulpverleningsproces c.q. de beroepsuitoefening van de eerstelijnsvoorzieningen.

Tevens dient (meer dan tot nu toe) onderzoek te worden verricht naar verbetering van de hulpverleningsmethoden van beroepen die niet universitair worden onderwezen. De nota constateert dat voor het realiseren van onderzoek op genoemde terreinen de bestaande onderzoekcapaciteit niet voldoende is. Blijkens de Nota Eerstelijnszorg wordt door de overheid in toenemende mate een actief **onderzoeksbeleid** gevoerd, wat zowel tot uiting komt in beleid met betrekking tot de herstructurering van de landelijke onderzoeksinstituten als in de concrete opdrachten van onderzoek op diverse deelgebieden van de

eerstelijnsgezondheidszorg.

Knelpunten ten aanzien van de **planning** doen zich op verschillende niveaus voor. In de sfeer van de beroepsuitoefening vraagt de nota aandacht voor de groeiende gezamenlijke verantwoordelijkheid van de 'spilvoorzieningen' in de eerste lijn voor het op elkaar afstemmen van hulpvraag en hulpaanbod.

Op het niveau van de instellingen en beroepsorganisaties is evenzeer sprake van een toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid; het derde niveau betreft het plannings- en vestigingsbeleid (WVG, later WGM). Hier speelt onder andere het probleem van de 'dubbele loyaliteit': wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en anderen die teamlid zijn, moeten naast de relaties binnen het team ook rekening houden met de instelling waartoe zij behoren. Mede hierdoor dreigt de eerste lijn onoverzichtelijk te worden; integrale planning (te zijner tijd op basis van de nieuwe wet) is noodzakelijk.

In de passages over bevordering van samenhang in wetgeving en beleidsinstrumenten wordt aangegeven dat de reeds ontwikkelde activiteiten in het kader van de WVG doorgang moeten vinden om te zijner tijd aan te sluiten op de nieuw te vormen wet.

De bewoordingen van artikel 10 van de WVG (richtlijnen) geven volgens de nota nu al de mogelijkheid de planning van of althans de betrokkenheid bij de in deze eerstelijnsnota behandelde voorzieningen op te dragen aan de lagere overheden, in casu de gemeenten, onder andere wat betreft de aspecten inventarisatie, samenhang en samenwerking.

In de nieuwe wet kan de betrokkenheid van de maatschappelijke dienstverlening systematischer en vollediger worden geregeld. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen opgedaan bij de voorbereiding van de invoering van de WVG.

Als belangrijk knelpunt op het terrein van de **financiering** noemt de nota de onmogelijkheid om financiële middelen uit de verzekeringsfinanciering over te dragen naar de maatschappelijke dienstverlening, die uit de begrotingssector wordt betaald; het omgekeerde is evenmin mogelijk.

Om inzicht in de samenhang van de financiering te verkrijgen, kondigt de nota aan dat in 1984 een financieel overzicht voor de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening gepresenteerd zal worden waarin zowel de feitelijke kosten in een voorbije periode als, tenminste voor wat betreft de centraal gefinancierde voorzieningen, een taakstellende kostenontwikkeling voor een aantal komende jaren wordt aangegeven.

Voorts zal bijzondere aandacht worden gegeven aan de zogenaamde bud-

gettinging van voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening: dit instrument zal waar mogelijk ook op de eerstelijnszorg toegepast worden. Voor sommige voorzieningen in de eerste lijn is reeds een vorm van budgettering van toepassing. Dit geldt voor het kruiswerk, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzoring. Een systematische invoering van budgettering voor alle instellingen van de eerstelijnszorg zal worden bevorderd.

Voor de financiering van de samenwerkingsverbanden zal een structurele regeling worden getroffen. Zolang deze regeling nog niet gereed is, zullen de stimuleringsregeling van rijkswege en de voorlopige richtlijnen van de Ziekenfondsraad van kracht blijven.

Tot slot formuleert de nota de volgende beleidsvoornemens:

Ten aanzien van het volume van de eerste lijn worden de volgende taakstellende prognoses geformuleerd:

Huisarts	1 op 2.400 tot 2.200 inwoners
Tandarts	1 op 3.000 inwoners
Verloskundige	1 op 20.000 inwoners
Kraamverzorgster	1 op 2.000 inwoners
Wijkverpleegkundige	1 op 2.500 inwoners
Diëtist	1 op 50.000 inwoners
Fysiotherapeut	1 op 2.400 inwoners
Apotheker	1 op 10.000 inwoners

Voor de maatschappelijke dienstverlening ontbreken deze cijfers nog; voorshands wordt het beleid erop gericht de bestaande verhouding van 1 maatschappelijk werker op 8.000 inwoners te handhaven; voor de gezinsverzorging gelden voorshands verzorgingsniveaus van 25,7 uur per thuiswonende bejaarde en 2,6 uur per overige inwoner.

Voor de hulpverlening aan bejaarden in de thuissituatie zal flankerend beleid worden ontwikkeld (onder andere ontwikkeling van de wijkfunctie van bejaardenoorden).

De beleidsvoornemens ten aanzien van inzet en kwaliteit van de hulpverlening hebben een wat minder concreet karakter. Aandacht wordt gevraagd voor de ontwikkeling van de beroepsuitoefening (onder andere toetsing), afstemming van professionele zorg op de behoeften, opleiding en nascholing met betrekking tot samenwerken en betere analyse van psychische klachten.

'Vergroting samenhang en bevordering samenwerking' is een algemeen beleidsvoornemen waaronder verwezen wordt naar het project Almere, naar het afstemmen van werkgebieden in de eerste lijn (door middel

van planning en erkenningsvoorwaarden in het kader van de WVG respectievelijk WGM, en het gemeentelijk vestigingsbeleid met betrekking tot huisartsen en fysiotherapeuten), bevordering mogelijkheden tot het aangaan van een dienstverband in de eerste lijn, bevordering 24-uursbereikbaarheid van wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging. Op het terrein van samenwerking binnen de eerste lijn zal uitbreiding van de registratie van samenwerkingsverbanden worden bevorderd, alsmede onderzoek naar de effecten van samenwerking. Bij het structureren van de samenwerking kan het wettelijk en decentrale planningskader belangrijke functies vervullen, evenals (landelijk) overleg tussen disciplines.

Nadrukkelijker dan voorheen wordt gestreefd naar versterking van de informele zorg, naast versterking van de eerstelijnszorg. Genoemd worden het bevorderen van preventie, GVO, informatie, EHBO-cursussen, vrijwilligerswerk, patiëntengroepen (zelfhulp). De beleidsvoornemens ten aanzien van de relatie met basisgezondheidszorg en tweede lijn liggen in het verlengde van wat hierover al eerder is gezegd. Concrete punten betreffen: ondersteunende functie basisgezondheidszorg, schriftelijke afspraken tussen eerste en tweede lijn over informatie-uitwisseling, gecoördineerde aanpak van bejaardenzorg, chronisch zieken en gehandicapten, verplichting voor ziekenhuizen om mee te werken aan nazorg (op te nemen in de erkenningsvoorwaarden), toegang van huisartsen en verloskundigen tot verloskundige faciliteiten in ziekenhuizen.

8. DE WET GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING (in stadium van voorontwerp)

Op drie punten verschilt het ontwerp van wet essentieel van de WVG:

- de adviesstructuur is gedereguleerd;
- de planningsprocedure is gewijzigd;
- de wet is uitgebreid met de maatschappelijke dienstverlening.

De WVG schreef een zeer uitgebreide adviesstructuur bij de planopstelling voor; deze is in de WGM weggelaten.

In de WGM bestaat voor de gemeente respectievelijk provincie de verplichting om een verordening op te stellen waarin geregeld wordt hoe de burgers en de instellingen bij de planopstelling dienen te worden betrokken. De rol van de adviesorganen is sterk verminderd.

De planningsprocedure is vereenvoudigd; de geldigheidsduur van vier

jaar is komen te vervallen; de plannen dienen 'indicatief' te zijn en te gelden voor een middellange termijn; plannen hoeven niet langer goedgekeurd te worden door het naast hogere orgaan; het stelsel van richtlijnen wordt globaal gehouden.

Hoewel over de concrete invulling van wat in het kader van de WGM wel en niet onder 'maatschappelijke dienstverlening' valt nog wel discussie is (de wet brengt in een bijlage enkele voorzieningen buiten de werkingssfeer van de wet), is de wet in principe op de gehele maatschappelijke dienstverlening van toepassing.

Zou men de WGM omschrijven als een vereenvoudigde WVG waar de maatschappelijke dienstverlening is 'aangeplakt' dan zou men het oogmerk van de wetgever onrecht doen. Bedoeling is beide sectoren 'integraal' te plannen, waarbij met erkenning van de eigenheid van de verschillende voorzieningen, het samenhangende karakter voorop staat. De gescheiden financieringsstromen van de twee sectoren vormen (vooralsnog) hierbij echter een ernstige belemmering.

Vooruitlopend op de WGM is in 1984 voor het eerst het al langer bestaande FOG (Financieel Overzicht Gezondheidszorg) uitgebreid tot een FOGM (Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening). Het FOG(M) heeft voor het jaar volgend op het jaar waarin het gepresenteerd wordt een taakstellend karakter; voor de daarop volgende jaren is het indicatief. De status van het FOG(M) ten aanzien van via Ziekenfondswet, AWBZ of anderszins gefinancierde voorzieningen is onduidelijk. Een reeds in 1980 aan de Tweede kamer toegezegde nota over de juridische status van het FOG is nog niet verschenen.

9. HET VESTIGINGSBELEID

Tot 1980 had de overheid geen enkele mogelijkheid het aantal zich in de eerste lijn vestigende vrije beroepsbeoefenaren te reguleren, anders dan door het beperken, respectievelijk verruimen van de opleidingscapaciteit. Dat werd bijvoorbeeld op gemeentelijk niveau zeer duidelijk in het geval van de Lelystadse vestigingsverordening: de bepaling dat men zich in Lelystad niet als huisarts mag vestigen als men niet over een vergunning beschikt werd in 1981 door de Kroon vernietigd wegens strijd met de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst van 1865 die, afgezien van enkele proceduele vereisten, aan vestiging als arts alleen de voorwaarde verbindt dat men de be-

voegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst heeft. Geen wonder dat de Schets in de passages op het gebied van regel- en stuurmechanismen duidelijk verlangend uitkeek naar de inwerkingtreding van deze wet.

In 1980 trad artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet in werking. Lid 1 van dat artikel verplicht een ziekenfonds met een hulpverlener die zich in het werkgebied van dat fonds vestigt een zogeheten medewerkersovereenkomst aan te gaan, waarbij de hulpverlener zich verplicht, tegen betaling door het ziekenfonds, diensten te verlenen aan de verzekerden. Het derde lid biedt de mogelijkheid van ontheffing van deze verplichting, waarmee een wettelijke basis is gecreëerd voor iets wat op een vestigingsbeleid lijkt. In februari 1982 is door de minister ontheffing verleend van de verplichting overeenkomsten te sluiten met fysiotherapeuten, in januari 1983 met betrekking tot tandartsen. Voor Almere geldt sinds november 1983 in het kader van het experiment ontheffing van de verplichting te contracteren met huisartsen.

Hoewel hier inderdaad sprake is van enige regulerende werking, is de manoeuvreerruimte van de overheid (en de ziekenfondsen) toch nog zeer beperkt: het toepassen van andere dan getalsmatige criteria is op basis van dit wetsartikel niet mogelijk.

Binnen de beroepsverenigingen is overigens wel degelijk een vestigingsbeleid van de grond gekomen, zij het dat de regelen daarvan uitsluitend de leden van de vereniging binden. Een 'wilde vrije vestiging' is voor wie het aandurft en het een tijdje uit kan zingen nog steeds mogelijk.

In het kader van het vestigingsbeleid moet nog gewezen worden op het onlangs tot stand gekomen 'convenant' tussen de overheid en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Deze overeenkomst bepaalt onder andere dat de rekennormpraktijk stapsgewijs zal worden teruggebracht van 2500 tot 2000 patiënten. Als 'tegenprestatie' zullen alle huisartsen de praktijk moeten gaan voeren volgens de inhoud van het al eerder genoemde 'Basistakenpakket'. Het proces zal waarschijnlijk geëvalueerd worden door een stelsel van 'meet- en regelpunten': huisartspraktijken waarin onderzocht zal worden of het terugbrengen van de praktijkgrootte inderdaad leidt tot betere zorg, waarbij ook aan het substitutievraagstuk uitgebreide aandacht zal worden gegeven.

10. HET ONDERZOEKSBELEID

In het voorgaande is al op verschillende plaatsen aandacht geschonken aan de door de overheid geformuleerde onderzoekswensen en de op initiatief van de overheid ondernomen onderzoeken.

Door Joling (1985) is een analyse gemaakt van het overheidsbeleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, toegespitst op het onderzoeksbeleid. In het volgende zullen we in belangrijke mate steunen op deze bijdrage.

Joling onderscheidt vier perioden van ieder vijf jaar, die als volgt te karakteriseren zijn:

1965 - 1969: liberalisatie en expansie;

1970 - 1974: onderkenning van de structuurcrisis;

1975 - 1979: ontwikkeling van de structuurwetgeving;

1980 - 1984: herstructureringsbeleid, kostenbeheersing, heroriëntatie.

Het onderzoek op het gebied van de volksgezondheid in de periode 1965-1969 laat weliswaar een stormachtige ontwikkeling zien, maar op de eerste lijn heeft dit onderzoek nog nauwelijks betrekking. Het betreft vooral medisch-biologisch onderzoek. Wel worden in deze periode verschillende instituten met subsidie van de overheid opgericht, zoals het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (NIK, 1964), Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol en Drugs (SWOAD, 1964), Nederlands Huisartsen Instituut (NHI, 1965), en het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO, 1967). In deze jaren ontstaat ook het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI, 1968). Het aantal eerstelijnsonderzoeken gesubsidieerd door de overheid is nog zeer gering.

In de periode 1970-1974 worden aanzetten tot een gericht onderzoeksbeleid van de overheid zichtbaar: de instelling van de Raad voor Gezondheidsresearch-TNO, met daaronder ressorterend de Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie van de Gezondheidszorg (COFOG), en de ontwikkeling van het Bureau Lange Termijn Planning binnen het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mede belast met de coördinatie van een aantal grootschalige onderzoeksprojecten. Het aantal gesubsidieerde onderzoeken stijgt, maar is toch nog zeer gering (minder dan tien).

In de derde periode (1975-1979) zijn volgens Joling in het onderzoek de voornaamste beleidsuitgangspunten wel terug te vinden, maar komt toch nog overwegend een ad-hoc-beeld naar voren. Er is een geringe groei zichtbaar van het aantal door het departement gesubsidieerde projecten, waarbij vooral aanbod- en volumegegevens worden verzameld, en onderzoek wordt verricht naar psycho-sociale hulpverlening en de relatie tussen eerste en tweede lijn.

In 1980, het eerste jaar van de laatste periode, komt een departementaal onderzoeksprogramma tot stand, dat de gestelde beleidsprioriteiten volgt. Het departement stelt zich duidelijk actiever op met betrekking tot subsidiëring van onderzoeksinstituten, overleg over hun activiteiten en het subsidiëren van afzonderlijke projecten. Mede op initiatief van de overheid komt een geregeld overleg tussen de vier landelijke instituten op het gebied van gezondheidszorgonderzoek tot stand (NIPG-NHI-NcGv-NZI). Structuur en functioneren van de gezondheidszorg is een steeds belangrijker algemeen thema, waarbinnen samenhang tussen voorzieningen, samenwerking binnen de eerste lijn en tussen eerste lijn en tweede lijn, ontwikkelingen in volume- en functie-aanbod, registratie van gegevens in en over de eerste lijn en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening een belangrijke plaats innemen. Het aantal met subsidie van het departement uitgevoerde onderzoeken neemt sterk toe (34), het NHI groeit sterk en gaat zich, gestimuleerd door het departement, steeds meer ontwikkelen tot een landelijk onderzoeksinstituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

Vooraf in deze laatste periode blijkt volgens Joling een duidelijk verband te bestaan tussen het overheidsbeleid met betrekking tot de volksgezondheid enerzijds en het onderzoeksbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg anderzijds. Ook is de laatste jaren een tendens zichtbaar waarbij bij de beleidsvorming meer gebruik gemaakt wordt van de resultaten van onderzoek. Joling wijst in dit verband op de Nota Eerstelijnszorg en de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984). Wel stelt hij dat het door de overheid gesubsidieerde onderzoek meer gericht is geweest op het onderbouwen van het in gang gezette beleid, en minder op het vinden van nieuwe beleidsuitgangspunten zelf. Wie de volgende 500 pagina's gelezen heeft zal ook zijn conclusie dat het onderzoek zich meer op de aanbodzijde dan op de vraagzijde heeft gericht, zeker onderschrijven.

11. CONCLUSIE

Als een rode draad loopt 'versterking van de eerste lijn' door het beleid. Versterking door uitbreiding van de aantallen hulpverleners, door samenwerking, door integratie van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, door samenhangende en op samenwerking gerichte opleidingsprogramma's en nascholing. Gelijkzeitig zal de intramurale capaciteit moeten worden ingekrompen. De relatie tussen eerste en tweede lijn wordt bevorderd, aanvankelijk vooral op het terrein van de instroom in de tweede lijn (verwijzen, diagnostische centra), later ook op het terrein van de uitstroom (nazorg). Wellicht mede ingegeven door de economische recessie heeft de verschuiving van professionele zorg naar niet-professionele zorg steeds meer aandacht gekregen. Zelfzorg, mantelzorg, eigen verantwoordelijkheid, preventie, GVO zijn thema's die altijd aanwezig zijn geweest, maar van Structuurnota tot Eerstelijnsnota duidelijk aan belang hebben gewonnen. Planmatige ontwikkeling van de gezondheidszorg werd in de Structuurnota al aangekondigd, en via WVG en WGM geconcretiseerd, zij het dat deze wetten nog niet volledig operationeel zijn. Parallel met het omvormen van WVG tot WGM gaat de ontwikkeling naar integratie van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening: de eerste lijn kent vier 'spilvoorzieningen', waarin de huisarts een belangrijke, maar minder centrale plaats heeft dan voorheen. Planning en financiering waren en zijn nog steeds gescheiden. Dit probleem is voorlopig nog niet bevredigend opgelost.

Een punt waarop de behoeften van beleid en onderzoek hand in hand gaan betreft de statistische informatievoorziening over de eerste lijn. Aan de voorzieningenkant zien we een duidelijke ontwikkeling (het aantal beroepsgroepen waarover informatie met betrekking tot aantallen, toetreding, verlaten van de beroepsgroep, spreiding etc. beschikbaar is, neemt gestaag toe), maar wat betreft het gebruik van de zorg en de wijze van hulpverlening heeft de eerste lijn een geweldige achterstand op de tweedelijnsgezondheidszorg.

Met de omvorming van WVG tot WGM zijn de problemen op dit terrein groter maar ook wel interessanter geworden. Evenzeer als de WGM noopt tot een integrale planning van de zorg, noopt hij tot een 'integrale' informatievoorziening over de eerstelijnszorg.

Met het intensiever worden van de bemoeienis van de overheid met de eerste lijn is ook de relatie tussen onderzoek en beleid in deze sector nauwer geworden. De verwachting is dat de onderzoeksprogrammering voor de eerste lijn de komende jaren eerder toe- dan af zal nemen. Daarnaast is te verwachten dat ook buiten de sfeer die zich leent voor directe of indirecte sturing door het departement de belangstelling voor de eerste lijn als onderzoeksobject nog zal groeien.

LITERATUUR

anders dan in de tekst genoemde beleidsdocumenten.

JOLING, W. - 1985. overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965 - 1985. In: de eerste lijn onderzocht, onder redactie van W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Deventer, van Loghum Slaterus.

2 Huisarts

E.M. Sluijs

1.	INLEIDING	41
2.	HET AANBOD AAN HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG	43
	2.1 Omvang en samenstelling van de beroepsgroep	43
	2.2 Geografische spreiding	47
	2.3 Praktijkvoering en praktijkgrootte	53
	2.4 Doktersassistenten	56
3.	TAKEN EN WERKWIJZE	59
	3.1 Het takenpakket van de huisarts	59
	3.2 Werkwijze en taakopvatting	66
	3.3 Hulpverleningsmethoden	78
	3.4 Opleiding, nascholing en toetsing	83
4.	DE ARTS-PATIËNT RELATIE	89
5.	GEBRUIK VAN HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG	95
	5.1 Kenmerken van patiënten en medische consumptie	95
	5.2 Invloeden van aanbod en verzekeringsvorm op medische consumptie	99
6.	REGELINGEN EN FINANCIERING	103
	6.1 De toetreding tot het huisartsenberoep	104
	6.2 De praktijkuitoefening	108
	6.3 Honorering en inkomenspositie	109
7.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	114
	LITERATUUR	122

1. INLEIDING*

Het onderzoek naar de huisarts en de huisartsgeneeskunde in Nederland is zeer omvangrijk. Niet in de laatste plaats is dit te danken aan het feit dat wetenschappelijk onderzoek de laatste decennia erg gestimuleerd is door de beroepsgroep en de huisartsen in het algemeen zeer bereidwillig aan onderzoek meewerken.

In deze bijdrage wordt het recente onderzoek in grote lijnen besproken.

Het accent ligt in dit overzicht op het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg. De hoofdstukkenindeling - die voor alle beroepsgroepen in deze bundel dezelfde is - ziet er als volgt uit:

De opbouw en de samenstelling van de beroepsgroep en de recente ontwikkelingen die zich daarin voordoen worden in hoofdstuk 2 besproken. Speciale aandacht wordt besteed aan de vestigingsproblematiek van vrouwelijke huisartsen. Ook is er in dit hoofdstuk een aparte paragraaf gewijd aan doktersassistenten.

Hoofdstuk 3 behandelt het onderzoek naar de taken en werkwijze van huisartsen. De relatie tussen taakopvatting en werkwijze neemt daarbij de belangrijkste plaats in. Daarnaast wordt de ontwikkeling van en het onderzoek naar nieuwe hulpverleningsmethoden besproken. Opleiding, nascholing en toetsing zijn minder frequent onderzocht.

Een apart hoofdstuk, dat ontbreekt bij de andere beroepsgroepen in deze bundel, is gewijd aan de arts/patiënt relatie. Deze relatie speelt een belangrijke rol in het hulpverleningsproces en alleen in de huisartsgeneeskunde is deze relatie doorlopend onderwerp van onderzoek (zie ook de bijdrage van Warmenhoven in deze bundel over consumenten in de eerste lijn).

De vraag naar huisartsgeneeskundige zorg wordt in hoofdstuk 5 behandeld, waarbij het accent ligt op verschillen in medische consumptie. Hoofdstuk 6 tenslotte gaat over regelingen en financiering en de bijdrage wordt besloten met discussie en aanbevelingen in hoofdstuk 7.

* Met dank aan J. van der Zee voor het kritisch meedenken en voor het schrijven van hoofdstuk 7 en aan L. Peters voor het schrijven van hoofdstuk 6.

Om een goed beeld te krijgen van het onderzoek naar de huisarts moet deze bijdrage gelezen worden in combinatie met vier andere bijdragen in deze bundel waarin aspecten van het werk van de huisarts apart worden behandeld:

De samenwerking in de eerstelijns en de effecten daarvan worden door Wijkkel besproken. Ook de samenwerking in gezondheidscentra en groepspraktijken komt in zijn bijdrage uitgebreid aan bod.

Dopheide bespreekt de relatie tussen de eerste en de tweedelijnsgezondheidszorg waarbij het accent ligt op het verwijzen door de huisarts.

Gegevens over mortaliteit en morbiditeit, doorgaans gebaseerd op registratie in huisartsenpraktijken, vindt men in de bijdrage van Bartelds.

Tenslotte behandelt Verhaak het vóórkomen en de behandeling van psychosociale problemen in de eerstelijns.

Hoewel ook in de andere bijdragen de huisarts regelmatig aan de orde komt speelt de huisarts in deze vier bijdragen de 'hoofdrol'.

In deze bijdrage - en dat geldt voor de gehele overzichtsstudie - vindt men geen bespreking van de vakinhoudelijke of medisch-technische onderzoekingen. Hoewel ook in dergelijk onderzoek de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg aan de orde kan komen ligt het accent doorgaans op de (juiste) handelwijze bij specifieke aandoeningen. Een duidelijke grens tussen beide soorten onderzoek valt echter moeilijk te trekken. Een overzichtsstudie over het vakinhoudelijke onderzoek zou een mooie aanvulling op deze studie zijn. Overigens is op dit gebied al het een ander verricht door Vesseur en Bremer (1975), Van Dalen en Bremer (1979), Bremer (1981b) en vooral door Touw-Otten (1981).

Touw-Otten beschrijft in haar dissertatie hoe de wetenschapsbeoefening in de huisartsgeneeskunde op gang is gekomen. Zij analyseert de 145 dissertaties van huisartsen die tussen 1945 en 1979 verschenen zijn. Het is in die zin geen overzichtsstudie dat niet de stand van kennis wordt beschreven maar op een abstracter niveau de wetenschapsbeoefening en de theorievorming in de huisartsgeneeskunde.

Ook de wetenschapsfilosofische studies naar de grondbeginselen van de (huisarts) geneeskunde laten we in deze bijdrage buiten beschouwing. Dergelijke studies laten zich moeilijk in drie zinnen samenvatten zodat we hier volstaan met een korte aanduiding en de vindplaats. De zogenoemde 'paradigma-discussie' is eind jaren zeventig gevoerd door onder andere Huygen (1978), Van Es (1978), Gill (1978),

Lamberts en Van Weel (1978), Van der Burg (1979), Ter Braak (1979), Mees (1979) en Diederiks, Polak en Van der Zee (1979). Onderwerp van de discussie was de vraag of aan de huisartsgeneeskunde een eigen paradigma ten grondslag ligt dat onderscheiden kan worden van het paradigma der specialistische geneeskunde. Niet verwonderlijk heeft deze discussie geen concreet antwoord opgeleverd maar een aantal uiteenlopende visies.

Dit laatste geldt ook voor de beschouwingen rond het begrip 'integrale geneeskunde', een wezenlijk kenmerk van de huisartsgeneeskunde. De invulling van dit belangrijke historische begrip blijft een punt van discussie. Van der Werf (1982) pleit ervoor dit begrip niet langer te gebruiken want zo er al een integrale zorg zou bestaan dan is deze niet wetenschappelijk te toetsen op zijn effectiviteit.

De oorspronkelijke definitie van Querido lijkt ons een mooie afsluiting van deze inleiding: "integrale geneeskunde is een methode van onderzoek waarin een oordeel wordt gevormd over de psychische en/of sociale spanningen bij lichamelijk zieke patiënten".

Dat deze 'methode' nog niets aan actualiteit heeft ingeboet zal in de komende hoofdstukken en vooral in hoofdstuk drie blijken.

2. HET AANBOD AAN HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG

2.1. Samenstelling van de beroepsgroep

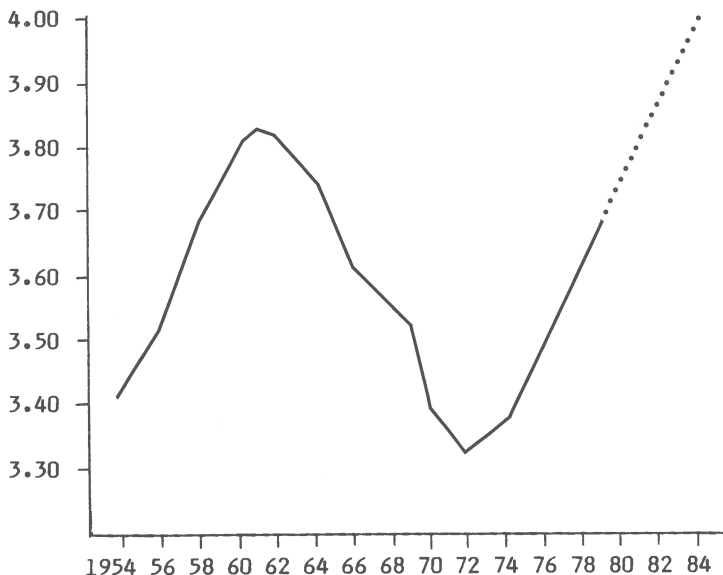
Er bestaan sinds 1970 nauwkeurige cijfers over de omvang en samenstelling van de beroepsgroep huisartsen, afkomstig uit de Huisartsen Registratie die door het NIVEL (voorheen NHI) wordt bijgehouden (NHI, 1982). In dit registratiesysteem vindt men gegevens over leeftijdsopbouw, geografische spreiding, vestiging, vertrek en praktijkvorm van gevestigde huisartsen en diverse gegevens over adspirant huisartsen. Op grond van deze gegevens worden studies verricht naar ontwikkelingen en trends binnen de beroepsgroep die hierna worden besproken met vermelding van het belangrijkste cijfermateriaal.

Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen bedraagt per 1 januari 1985 5918, hiervan is 8% vrouw. Daarnaast zijn 318 personen als assistenthuisarts werkzaam waarvan 69% vrouw is. Het (toenemend) aantal praktijkzoekende huisartsen bedraagt 610, hiervan is 27% van het vrouwelijk geslacht (Hingstman, 1985b).

Vanaf 1972 is er een gestage toename van het aantal huisartsen te zien waarbij het aantal vrouwelijke huisartsen relatief sneller stijgt dan het aantal mannelijke huisartsen. Deze toename zou nog veel groter zijn wanneer vrouwelijke huisartsen zich even vaak zouden vestigen als mannelijke huisartsen. Dit is niet het geval: 56% van de mannelijke huisartsen is zelfstandig gevestigd tegen 23% van de vrouwelijke huisartsen; op dit verschil komen we later terug. Het aantal assistenthuisartsen bedraagt op dit moment 318; de meerderheid daarvan (61%) is vrouw.

Wanneer men de toename van het aantal huisartsen bekijkt in relatie tot de groei van de bevolking dan ziet men in de naoorlogse ontwikkeling een duidelijke golfbeweging in huisartsendichtheid die in figuur 1 is weergegeven (Groenewegen, 1985b).

Fig. 1: ontwikkeling van de huisartsendichtheid (aantal huisartsen per 10.000 inwoners) in de periode 1954 tot 1984



Bron: Groenewegen, 1985b.

De eerste jaren na de oorlog is er sprake van een artsentekort. In de tweede helft van de jaren vijftig neemt de artsendichtheid toe als gevolg van een toenemend aantal artsexamens. In de periode 1963

tot 1972 blijft het aantal huisartsen nagenoeg gelijk terwijl de bevolking doorgroeit met als gevolg een daling van de huisartsendichtheid. Het gelijkblijvend aantal huisartsen had ook te maken met een geringere belangstelling voor het huisartsenberoep in die periode. In de periode 1965 tot en met 1972 wordt gemiddeld 33% van de personen met een artsexamen huisarts terwijl dit gemiddelde doorgaans rond de 37% schommelt.

Sinds 1972 stijgt de huisartsendichtheid weer; een stijging die overigens in het niet valt bij de veel sterkere groei van de specialistische beroepsgroepen (Groenewegen, 1979).

Wat betreft de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep valt het volgende op te merken.

In de beroepsgroep huisartsen is de laatste 10 jaar een sterke 'verjonging' opgetreden (Hingstman, 1985a). Vergeleken met 1970 is het percentage mannelijke huisartsen beneden de 35 jaar toegenomen van 15% naar 23%. Bij de groep vrouwelijke huisartsen is deze toename nog veel sterker (van 14% naar 52%). Het aantal huisartsen boven de 65 jaar begint na 1973 af te nemen. In 1973 waren er nog 241 praktiserende huisartsen van 65 jaar of ouder; momenteel zijn dit er nog maar 100.

Deze ontwikkeling werd beïnvloed door het instellen van een verplichte pensioenregeling in 1972 en de daaraan gekoppelde pensioenuitkering op 65-jarige leeftijd en door de verbeterde mogelijkheden om de praktijk aan een opvolger over te doen.

Het aantal praktijkzoekende huisartsen is de laatste jaren sterk stijgend: 610 per 1 januari 1985 (Hingstman, 1985b). Deze stijging zal zich de komende jaren voortzetten. Heesters (1983) berekende dat zelfs bij een praktijkverkleining tot 2.200 patiënten het huisartsenoverschot zal stijgen van 894 in 1990 tot 2.490 in het jaar 2000. Op dit moment wordt dit overschot meer veroorzaakt door een tekort aan vestigingsplaatsen dan door een toename van het aantal huisartsexamens: dit aantal schommelt sinds 1977 rond de 450 per jaar. Wel wordt hierin de komende jaren een stijging verwacht omdat ook het aantal artsexamens aan het toenemen is.

Het huisartsenoverschot veroorzaakt lange zoektijden. Van de 450 huisartsen die in 1982 de opleiding voltooiden is op 1-1-1984 pas 34% als huisarts gevestigd en 11% als assistent werkzaam. Bijna 36% van deze groep is nog steeds op zoek naar een praktijk terwijl 15% het zoeken al heeft opgegeven. Onder de praktijkzoekenden bevinden

zich relatief veel vrouwen (30% op 1 jan. 1984) (Hingstman, 1985a).

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen wees al in 1979 op het verschijnsel dat vrouwelijke huisartsen zich aanzienlijk minder vaak zelfstandig vestigen dan haar mannelijke collega's.

Groenewegen (1979) vond voor de jaren 1975 en 1976 een verschil van 36% dat wil zeggen dat 52% van de mannelijke en slechts 16% van de vrouwelijke huisartsen zich zelfstandig gevestigd had.

Voortbouwend op de gegevens van Groenewegen (1981) is de vestigingsproblematiek voor vrouwelijke huisartsen recent onderzocht door Kortenhoeven (1985). Ook Hermann (1984) behandelt het onderwerp in haar dissertatie over de positie van vrouwelijke artsen in het algemeen in Nederland.

Hermann analyseerde enquête-gegevens van alle vrouwelijke artsen in Nederland die sinds 1945 het artsdiploma behaalden (in totaal 4.795). Zij concludeert, evenals Doorne-Huiskes en Bedaux-de Jonge (1983) dat het combineren van gezinstaken en beroepsuitoefening voor vrouwelijke artsen met kinderen een groot probleem vormt. Dit geldt overigens vóór alle vrouwen. Daarnaast ervaart een kwart van de vrouwelijke artsen discriminatie als vrouw bij de beroepsuitoefening. Wat betreft de belemmeringen die vrouwelijke huisartsen onder vinden bij een zelfstandige vestiging zoekt Hermann de verklaring in de weinige mogelijkheden voor deeltijdarbeid - de continue beschikbaarheid voor de patiënt staat vanouds hoog in het vaandel - en in de aanwezigheid van kenmerken van specifieke mannenberoepen (p.139). Een aantal belemmeringen wordt in het onderzoek van Kortenhoeven nader geanalyseerd. Zij onderscheidt vier clusters van belemmeringen te weten:

1. belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie;
2. belemmeringen voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioen-voorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering;
3. belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging;
4. belemmeringen en opvattingen, opgeworpen door de (directe) sociale omgeving van vrouwelijke (adspirant) huisartsen.

Wat betreft de eerste twee belemmeringen in de financiële sfeer stelt Kortenhoeven vast dat fiscale regelingen vóór 1984 wel, maar nu niet meer nadelig voor vrouwen zijn omdat de huidige regelingen niet meer aan sexe maar aan inkomen gekoppeld zijn. Ook de pensioenregelingen zijn de laatste jaren zodanig herzien dat de regelingen

op dit moment voor vrouwen niet nadeliger zijn dan voor mannen. Wel nadelig voor vrouwen is de onmogelijkheid een verzekering voor zwangerschapsverlof af te sluiten. Opvallend is dat veel van bovengenoemde regelingen nog wel als belemmerend worden ervaren vooral door de nog niet gevestigde vrouwelijke huisartsen. Kortenhoeven bepleit dan ook het verstrekken van toegankelijke informatie aan betrokkenen.

Belemmerend voor vrouwelijke huisartsen is ook het feit dat gevestigde huisartsen bij het zoeken van een opvolger of associé vaak de voorkeur aan mannen geven.

Wat betreft belemmeringen in de sociale omgeving blijkt inderdaad dat vrouwelijke huisartsen bij het zoeken van een vestigingsplaats rekening houden met de plaats waar de partner werkt of zal gaan werken.

Daarnaast zijn zij meer dan mannen bereid om werk te combineren met gezinstaken. De vestigingsmogelijkheden van vrouwelijke huisartsen worden verder beperkt door haar voorkeuren voor speciale vestigingswijzen: vrouwen wensen en zoeken vaker dan mannen een dienstverband en ambiëren geen solo arbeid. Zij willen minder tijd aan beroepsarbeid besteden dan mannen en, daaraan gekoppeld, ook minder patiënten. Waarschijnlijk om al die redenen, aldus Kortenhoeven, zoeken vrouwen ook selectiever en ondernemen minder activiteiten dan hun mannelijke collega's.

Op grond van haar onderzoeksresultaten bepleit Kortenhoeven een aantal maatregelen die gelijke kansen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen zullen bevorderen.

2.2. Geografische spreiding

De geografische spreiding van huisartsen over Nederland laat interessante regionale verschillen zien. Groenewegen (1985b) onderzocht dit verschijnsel door de factoren te analyseren die de locatiekeuze van huisartsen beïnvloeden bij vestiging. Alvorens zijn model te bespreken geven we eerst een aantal kengetallen over vestiging en vertrek van huisartsen, ontleend aan de huisartsenregistratie van het NIVEL.

De tijd die gemiddeld verloopt tussen einde van de huisartsenopleiding en vestiging bedraagt ongeveer twee jaar. De gemiddelde leeftijd bij vestiging is 31 jaar. Zoals we al eerder zagen neemt het aantal vestigingen sinds 1972 gestadig toe.

De wijze van vestiging laat in de periode van 1957 tot en met 1981

sterke verschuivingen zien. Wanneer we een grove indeling in drie categorieën maken: vrije vestiging, overnames en associatie, dan is vooral het percentage associaties sterk gestegen, van 15% in 1960 tot 40% in 1981. Een verklaring voor deze stijging is de toegenomen acceptatie van deze vestigingswijze binnen de beroepsgroep en de financiële voordelen van associatie (zie hiervoor ook hoofdstuk 6). Het aantal vrije vestigingen laat een tegengestelde ontwikkeling zien: 40% in 1960 en sindsdien niet meer dan ongeveer 15% per jaar. Het percentage overnames is het hoogst in de periode dat het aantal nieuwe vestigingen laag is namelijk in de periode 1961 tot en met 1971. Sindsdien daalt het percentage overnames tot ongeveer 40% per jaar.

Het aantal overnames is over de verschillende regio's tamelijk stabiel omdat dit voornamelijk beïnvloed wordt door de leeftijdsopbouw van de praktizerende huisartsen. Het aantal associaties en vrije vestigingen verschilt wel per regio en komt het meest voor in gebieden met grote praktijken (meer dan 3.000 ziekenfondspatiënten). Noord Brabant en Limburg spannen daarbij de kroon. Dit laatste betekent een ontwikkeling naar een gelijkmatiger verdeling van huisartsen over de bevolking, waar we straks op terugkomen (Groenewegen, 1984).

Wat betreft de praktijkvorm bij vestiging is de interessantste ontwikkeling de toename van het percentage artsen dat in een samenwerkingsverband gaat werken. Aanvankelijk zijn dit - door toename van het aantal associaties - vooral duopraktijken. Sinds de jaren zeventig komen ook de groepspraktijken en gezondheidscentra op. Samenwerking neemt nog steeds ieder jaar toe: op 1 januari 1985 werkt 41% van de huisartsen in een samenwerkingsverband waarvan 28% in een duopraktijk, 6% in een groepspraktijk en 7% in een gezondheidscentrum (zie verder ook paragraaf 2.3).

Het vertrek uit de huisartspraktijk wordt voor de helft veroorzaakt door een natuurlijk verloop als gevolg van de leeftijd van de praktizerende huisartsen. De andere helft verlaat de praktijk om een andere functie te gaan uitoefenen; dit gebeurt vaak op jongere leeftijd. Het aantal praktijkverlaters schommelt rond de 200 per jaar (= 4,5%).

Tweederde van degenen die een nieuwe functie gaan uitoefenen kiest een functie in de sociaal geneeskundige sfeer; bijvoorbeeld verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsarts. De overigen komen terecht in functies als medisch directeur of in wetenschap en beleid (ongeveer

15%) of gaan zich specialiseren (ook ongeveer 15%). Dit laatste gebeurt vaak op jonge leeftijd nadat men gemiddeld ongeveer zes jaar gepraktiseerd heeft. Specialisaties die het meest gekozen worden zijn radiologie en psychiatrie.

Interessant is het verschijnsel dat juist in een tijd van huisartenschaarste relatief veel huisartsen de praktijk neerlegden om te gaan specialiseren omdat er in de periode ook geen gebrek was aan opleidingsplaatsen voor specialisten. Op dit moment zien we de omgekeerde situatie: er is een toenemend gebrek aan opleidingsplaatsen voor specialisten en een overschot aan huisartsen. Welke consequenties dit zal hebben voor het vertrek uit de huisartspraktijk valt op dit moment nog niet te overzien.

Groenewegen (1984) vond geen relatie tussen het vertrek uit de praktijk en de vestigingswijze met uitzondering van de huisartsen die zich in een samenwerkingsverband gevestigd hebben; bij deze groep was het vertrek uit de praktijk het laagst.

De belangrijkste redenen die voor het vertrek uit de praktijk aangevoerd worden zijn de hoge werkbelasting en de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie. De hoge werkbelasting speelde vooral een rol bij de artsen met zeer grote praktijken (gemiddeld 3.400 patiënten). In een enquête onder een vergelijkbare groep niet vertrokken huisartsen vond Groenewegen dat de vertrokken huisartsen meer nevenfuncties hadden en daar meer tijd aan besteedden dan de nog praktizerende huisartsen (Groenewegen, 1980).

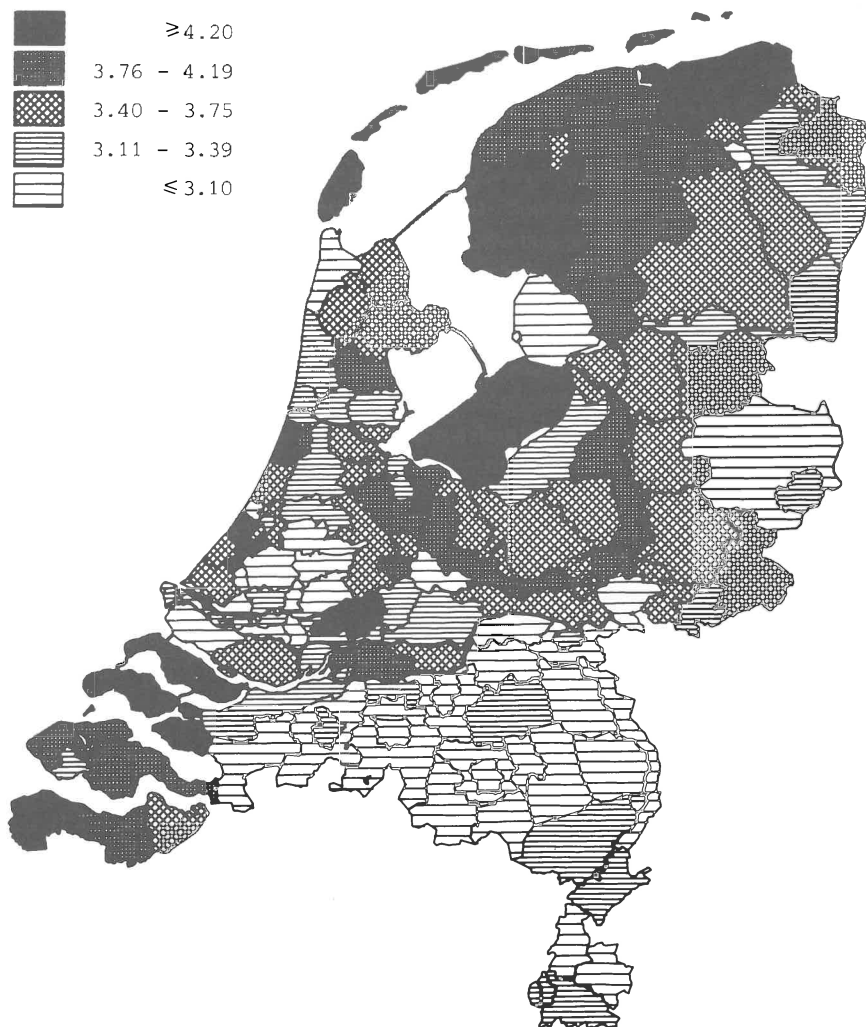
Voor de geografische verschillen in huisartsendichtheid, veroorzaakt door het vertrek van praktizerende huisartsen en de locatie-keuze van nieuwe huisartsen construeerde Groenewegen (1985b) in zijn recente dissertatie een verklaringsmodel gebaseerd op de rationele keuze theorie. Deze theorie gaat ervan uit dat personen uit een aantal handelingsalternatieven datgene kiezen waarvan ze het hoogste 'netto nut' verwachten. Groenewegen voorspelde op grond van dit model in welke gebieden de grootste huisartsendichtheid te vinden zou zijn en welke veranderingen zich daarin in de loop van de tijd zouden voordoen.

Volgens het model is de locatiekeuze van huisartsen in de eerste plaats afhankelijk van de mogelijkheden tot inkomensverwerving en daarnaast ook van de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving en van de mogelijkheden professionele contacten te onderhouden.

Groenewegen toetste zijn model aan de werkelijke huisartsendichtheid op twee tijdstippen, 1969 en 1979, en aan de veranderingen die zich in die periode hebben voorgedaan. Alvorens de resultaten van het

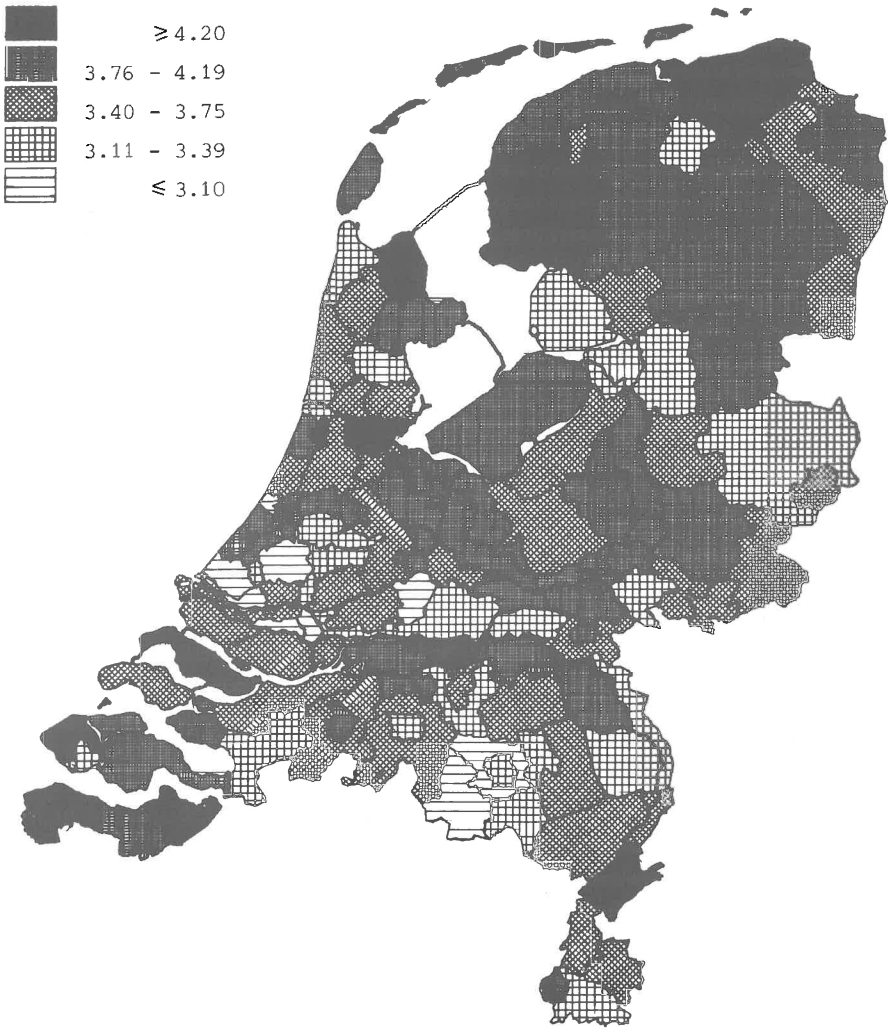
Figuur 2: Huisartsendichtheid (aantal huisartsen per 10.000 inwoners) per Economische Geografisch Gebied per januari 1969.

Bron: Groenewegen, 1985



Figuur 3: Huisartsendichtheid (aantal huisartsen per 10.000. inwoners) per Economisch Geografisch Gebied per januari 1979.

Bron: Groenewegen, 1985



empirische gedeelte te beschrijven - voor het theoretisch model verwijzen we naar de dissertatie - geven we hierna eerst de huisartsendichtheid weer per 1 januari 1969 en per 1 januari 1979 (zie figuur 2 en 3).

De stijging van de huisartsendichtheid ten opzichte van 1969 is gepaard gegaan met een afname aan regionale variatie waarvoor twee oorzaken zijn aan te wijzen. De eerste betreft de verhoging van het abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden eind jaren 60 waardoor de hoogte van het inkomen van de huisarts sindsdien minder bepaald wordt door het aantal particuliere patiënten in de praktijk maar meer door de bevolkingsomvang. De tweede ontwikkeling is het toegenomen aanbod aan nieuwe huisartsen waardoor de keuzemogelijkheden van aanstaande huisartsen door de grote concurrentie beperkt worden en waardoor de inkomensverwerving noodgedwongen aan belang inboet. Het inkomensniveau van de bevolking blijkt dan ook in 1969 van belang voor de huisartsendichtheid maar in 1979 niet meer. Voor de spreiding van tandartsen over Nederland is het inkomensniveau van de bevolking in 1979 nog wel van betekenis zij het minder belangrijk dan in 1969 (Groenewegen en Van der Zee, 1983).

Wat betreft de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving bleken vooral de industriegebieden in 1969 nog een lage huisartsendichtheid te hebben, conform de verwachting. In 1979 is dit echter niet meer het geval.

De verwachte relatie tussen de locatiekeuze en de mogelijkheden professionele contacten te onderhouden kon niet worden aangetoond. Uit de analyse van de toename van het aantal huisartsen in de periode 1969 - 1979 is gebleken dat in een aantal gebieden meer vestigingen hebben plaatsgevonden dan men op grond van de bevolkingsgroei en op grond van de ongelijke huisartsendichtheid in de beginsituatie zou verwachten.

De gebieden waar extra vestigingen plaatsvinden zijn in de eerste plaats de gebieden waar huisartsen deel uitmaken van een grotere Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV). In de tweede plaats vinden extra vestigingen plaats in die gebieden waar een universiteit gelegen is en waar het aantal artsexamens sterk is toegenomen. In de bestudeerde periode was dit het geval in de gebieden rond Nijmegen. Op dit moment geeft Limburg een dergelijke ontwikkeling te zien. Op landelijk niveau is het aantal artsexamens de belangrijkste determinant van het aantal vestigingen. Dit blijkt nu - zij het minder duidelijk - ook wel op regionaal niveau te spelen.

Op grond van zijn onderzoeksresultaten doet Groenewegen een aantal beleidsaanbevelingen die erop neerkomen dat een landelijk vestigingsbeleid is feite pas nodig als de huisartsendichtheid het door de overheid voorgestane optimum van 2.200 à 2.400 inwoners per huisarts bereikt heeft (dit is een huisartsendichtheid van 4,2 resp. 4,5 per 10.000 inwoners) òf wanneer huisartsen de arbeidsintensieve plaatsen, bijvoorbeeld met veel bejaarden, gaan mijden. Dit laatste is bij het vigerende honoreringsstelsel met een gelijk bedrag voor elke patiënt niet ondenkbaar. Groenewegen baseert zijn aanbevelingen op het feit dat de ontwikkelingen die de overheid beoogt, namelijk praktijk-verkleining en een meer gelijke spreiding van huisartsen over de bevolking, al vanaf 1969 zichtbaar zijn zonder dat de overheid hierin sturend optreedt.

Overigens is ook op 1 mei 1985 nog geen landelijk vestigingsbeleid van kracht (zie hiervoor ook hoofdstuk 6 over regelingen en financiering).

2.3. Praktijkvoering en praktijkgrootte

Wat de praktijkvorm betreft onderscheiden we de volgende vier varianten: solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk en gezondheidscentrum. Het merendeel van de huisartsen werkt in een solopraktijk maar het aantal huisartsen dat zich in samenwerkingsverbanden vestigt neemt nog steeds toe. Gegevens over deze aantallen vindt men in de bijdrage van Wijkel in deze bundel over 'Samenwerking in de eerste lijn'. Wijkel behandelt daarin de verschillende praktijkvormen en de invloeden daarvan op de werkwijze van huisartsen.

In deze paragraaf beperken we ons daarom tot de praktijkgrootte; we bespreken echter eerst de apotheekhoudende huisarts.

Het aantal apotheekhoudende huisartsen begint sinds 1968 af te nemen als gevolg van het toenemend aantal vestigingen van apothekers.

In 1975 zijn er nog 1.330 apotheekhoudende huisartsen in Nederland, in 1980 is hun aantal gedaald tot 1.160 en op dit moment zijn nog slechts 909 huisartsen apotheekhoudend (=15,4%) (Hingstman, 1985b). Oorspronkelijk is deze vestigingsvorm uit nood geboren vanwege het ontbreken van apothekers op het platteland (Van der Marel, 1984).

In dergelijke gebieden kreeg de huisarts via een speciale vergunning de bevoegdheid een apotheek te houden. In de Wet op de geneesmiddelenvoorziening is geregeld in welke situatie huisartsen deze vergunning krijgen en wanneer deze wordt ingetrokken. (zie ook hoofdstuk 6

over regelingen en financiering). De laatste jaren hebben steeds meer apothekers zich gevestigd in gebieden met apotheekhoudende huisartsen met als gevolg dat de huisarts vaak zijn vergunning en een bron van inkomsten kwijtraakte. Deze situatie brengt grote onzekerheden voor de apotheekhoudende huisartsen met zich mee. Via een wetswijziging wordt getracht een oplossing voor dit probleem te vinden.

Wat betreft de (ideale) praktijkgrootte zijn de laatste jaren vele discussies over praktijkverkleining gevoerd, doorgaans gekoppeld aan een mogelijk vestigingsbeleid. Er bestaan namelijk geen algemeen aanvaarde normen voor de praktijkomvang op grond van bijvoorbeeld de werkbelasting. De huisarts is vrij ondernemer.

Aan praktijkverkleining zijn 4 aspecten te onderscheiden die we achtereenvolgens zullen behandelen

- Kostenaspect: in een kleinere praktijk zou de huisarts meer zelf kunnen doen waardoor patiënten minder snel in de duurdere tweede lijn zouden belanden.
- Kwaliteitsaspect: meer tijd per patiënt zou tot een betere hulpverlening leiden, zeker in combinatie met onderlinge toetsing.
- Morbiditeitsveranderingen: de hulpvragen zouden door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen steeds ingewikkelder geworden zijn waarbij vooral wordt gewezen op de verwevenheid van somatische en psychosociale problemen.
- Werkgelegenheidsaspect: voor het toenemend aantal werkloze huisartsen is verkleining van de huidige praktijken de oplossing.

Een belemmering voor praktijkverkleining vormt de inkomensdaling die dat althans bij de huidige financiering met zich meebrengt. Daarnaast wordt vanuit de beroepsgroep geattendeerd op het feit dat praktijkverkleining zijn grenzen heeft omdat de huisarts ook minder frequent voorkomende ziektebeelden vaak genoeg moet kunnen blijven zien om zijn routine te kunnen behouden.

Wat betreft het kostenaspect is vooral onderzoek verricht naar het verwijzen door de huisarts. Dit onderwerp wordt uitgebreid besproken in de bijdrage van Dopheide in deze bundel over de relatie tussen eerste en tweede lijn. We volstaan hier met een korte samenvatting van de elkaar tegensprekende onderzoeksresultaten.

Rutten en Van der Gaag (1977) vonden een negatieve relatie tussen huisartsendichtheid en verwijscijfers, een resultaat dat aansloot bij de heersende ideeën over praktijkverkleining. Posthuma en van der Zee (1977) vinden echter het tegenovergestelde effect. Lamberts

(1981b), Dopheide (1982), Hooijmans (1983) en Boots (1984) vinden geen directe relatie tussen praktijkgrootte en verwijscijfers. In tijdreeksanalyses (Van der Zee, 1985b) vindt men echter steevast, dat het verwijscijfer stijgt in de periode dat de huisartsendichtheid afneemt en stabiliseert vanaf de tijd dat de huisartsendichtheid weer toeneemt.

Boots concludeert dat praktijkverkleining niet zonder meer leidt tot minder verwijzingen maar dat de taakopvatting van de huisarts een interveniërende rol in dit geheel speelt.

Ook de inhoud en de kwaliteit van de hulpverlening is volgens de onderzoeksresultaten van Boots meer aan de taakopvatting dan aan praktijkgrootte gerelateerd. In zijn onderzoek in 93 huisartspraktijken vond hij wel dat het gemiddelde patiëntenaanbod lager is in kleine praktijken maar dat de zorg inhoudelijk niet wezenlijk verschilt van de zorg in grotere praktijken: de relatieve tijdsbesteding aan diagnostiek, therapie, begeleiding en preventie laten dezelfde verhoudingen zien. Dopheide (1984) wijst in zijn commentaar terecht op het feit dat een gelijke relatieve tijdsbesteding nog niet betekent dat de hulpverlening ook inhoudelijk precies hetzelfde zou zijn. Hiervoor is gedetailleerder onderzoek op bijvoorbeeld consultniveau nodig. Ons zijn geen resultaten van dergelijk onderzoek bekend.

Wel wordt vanuit de beroepsgroep regelmatig gewezen op de mogelijkheden van kwaliteitsverbetering bij praktijkverkleining (Van Weel, 1980; Dokter, 1980; Sips, 1984). Nascholing en toetsing zijn volgens Cromme (1980) noodzakelijk om de grote differentiatie in kennis, vaardigheden en taakopvatting tussen huisartsen onderling te verkleinen (zie ook Sips). De directe koppeling tussen praktijkverkleining en toetsing moest echter worden losgelaten in de ontwerpen voor een vestigingsbeleid (LHV, 1975, 1977, 1977a en 1977b) omdat bij een aantal huisartsen toen nog veel weerstand tegen toetsing bestond.

De veranderde hulpvraag, een derde reden voor praktijkverkleining, wordt vaak genoemd in combinatie met de kwaliteit van de hulpverlening. Er is volgens Post (1984b) een duidelijke toename van psychosociale problematiek. Dit zou tot verhoogde consumptie leiden. Bovendien vereist dergelijke problematiek een intensieve en tijdrovende behandeling en samenwerking met andere hulpverleners.

Ook de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken zou de werkbelasting van de huisarts verzwaren. Cijfers over deze veranderingen in zorgbehoefte zijn niet bekend. Een vergelijking met bijvoorbeeld dertig jaar geleden zou bovendien op grote problemen stui-

ten door het ontbreken van gegevens uit die tijd of door verschillen in gehanteerde definities. Wel zou de huidige zorgbehoefte geïnventariseerd kunnen worden, gedifferentieerd naar verschillende bevolkingsgroepen, op grond waarvan de werkbelasting op dit moment en voor de toekomst vastgesteld zou kunnen worden.

Dergelijk onderzoek is echter tamelijk complex omdat er geen ondubbelzinnige relatie bestaat tussen het ervaren van onwelbevinden en hulpvraag (zie ook Bartelds in deze bundel in zijn bijdrage over klachten, ziekten en doodsoorzaken).

Tot slot het werkgelegenheidsaspect. Gezien het aantal werkloze huisartsen zou een praktijkverkleining tot 2.200 patiënten op dit moment al tot de mogelijkheden behoren (het streefgetal van de regering voor het jaar 1990. Echter de daaraan gekoppelde inkomensdaling vormt een belangrijke belemmering. Heesters (1983) berekende in zijn dissertatie over de honorering van de Nederlandse huisarts dat in 1977 de inkomsten bij een praktijkomvang van 2.600 patiënten liggen tussen f 113.100,- en f 171.500,- per jaar, afhankelijk van het aantal particuliere patiënten, de praktijkkosten, de contactfrequentie en de consultratio. Bij een praktijkverkleining naar 2.200 patiënten ligt het inkomen tussen de f 86.800,- en f 139.88,- per jaar. Een gelijkblijvend inkomen voor de huisarts zou een tariefsverhoging van 15,4 tot 30,3% met zich meebrengen. De belangrijkste bottleneck voor praktijkverkleining ligt dan ook in de financiële sfeer.

2.4. Doktersassistenten

Er zijn weinig gegevens bekend over de omvang en samenstelling van deze beroepsgroep concludeerde Van Brunschot (1982) toen hij de beroepsgroep doktersassistenten in kaart trachtte te brengen. En deze situatie is nog steeds zo. Volgens Van Brunschot ligt dit aan een drie oorzaken. Doktersassistenten vallen niet onder de paramedische beroepsuitoefening zodat de Geneeskundige Hoofdingspectie geen registratie bijhoudt van bewijzen van bevoegdheid. De opleidingen voor doktersassistenten vertonen een zeer versnipperd beeld en bovendien zijn veel doktersassistenten in de praktijk zelf opgeleid of hebben geen door de KNMG erkend diploma. En tenslotte is slechts eenderde lid van de Nederlandse Vereniging voor Doktersassistenten (NVDA) zodat ook daar geen volledig overzicht te vinden is. Volgens een schatting van de NVDA zijn in Nederland ongeveer 6.000 doktersassistenten werkzaam. De helft daarvan werkt in huisartspraktijken, de

helpt in Algemene Ziekenhuizen - vooral in poliklinieken - in de jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgeneeskundige dienst, verpleeghuis etcetera.

Wat betreft de leeftijdsverdeling van doktersassistenten vond de NVDA (1984b) in een enquête onder haar leden dat 79% jonger is dan 30 jaar waarvan 44% tussen de 24 en 30 jaar.

De werkloosheid onder doktersassistenten zal de komende jaren zeker toenemen als gevolg van de uitbreiding van het aantal opleidingen. Mulders (1984) schat dat per jaar zo'n 1.500 à 2.000 doktersassistenten tot een al dan niet door de KNMG erkend diploma worden opgeleid terwijl er in Nederland in totaal ongeveer 6.000 arbeidsplaatsen beschikbaar zijn. Op 1 januari 1985 bedroeg het aantal geregistreerde werkzoekende doktersassistenten 1.483 (Beroepskrachtenplanning, Ministerie van WVC, 1985).

Niet alle huisartsen in Nederland hebben een doktersassistente in dienst. Uit een enquête onder alle Nederlandse huisartsen in 1981 (verwerkbare respons 56,1%) bleek dat slechts 77% van alle huisartsen een assistente in dienst heeft; 23% wordt òf niet òf door de echtgenoot in de praktijk geholpen. Deze situatie doet zich het vaakst voor in solo-praktijken en in veel mindere mate in duopraktijken.

In gezondheidscentra en groepspraktijken zijn vrijwel altijd doktersassistenten in dienst (Ten Cate, 1982).

Wat betreft de taken van de doktersassistenten heeft de NVDA recent een "Beroepsprofiel van de doktersassistente" uitgegeven (NVDA, 1984a). Hierin worden vijf hoofdfuncties onderscheiden die er, kort samengevat, als volgt uitzien.

- a. De intake functie, van groot belang omdat in bijna alle gevallen de patiënt het eerste contact heeft met de doktersassistent(e).
- b. De patiënt voorlichtende functie, vooral bedoeld om de patiënt meer te betrekken bij de behandelingsmethoden en om hem/haar mondig en bewuster te maken van de eigen verantwoordelijkheid.
- c. De management functie: deze bestaat voornamelijk uit de coördinatie van de praktijk of instelling.
- d. De medische technische functie. Hieronder valt het verrichten van bijvoorbeeld laboratorium werkzaamheden, algemeen medische taken zoals screening, diagnostische verrichtingen, injecteren etcetera.
- e. De administratieve functie, omvattend de patiënten-, de finan-

ciële- en de algemene administratie.

Afhankelijk van de omstandigheden waarin men werkt zal aan bepaalde onderdelen van de functie meer belang worden gehecht.

De Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) wijst in haar Discussienota Centrumassistentie (1983) op de speciale en zwaardere eisen die aan (dokters)assistenten in samenwerkingsverbanden gesteld worden. Zij bepleiten erkenning van centrumassistenten als aparte beroepsgroep (Kraaijveld, 1984). Volgens Mulders (1984) gaat het niet om een wezenlijk andere functie maar is er sprake van accentverschillen in de beroepsuitoefening.

Onderzoek naar de functie-uitoefening door doktersassistenten in de praktijk is nauwelijks verricht. Wel onderzochten Van den Broek, Ten Cate en Van der Linden (1981) in hoeverre de in de opleiding geleerde vaardigheden op de praktijk aansluiten. Zij concluderen dan dat de opleiding op een aantal punten tekort schiet, vooral op het gebied van medicijnkennis en receptuur, en dat er grote onderlinge verschillen tussen de opleidingen bestaan, met name tussen de scholen en de instituten. Zij bepleiten een grotere eenheid in de door de KNMG erkende opleidingen¹). Op dit moment wordt een onderzoek naar de werkzaamheden van doktersassistenten uitgevoerd door De Haan in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Onderwerp is het delegeren van taken in de huisartspraktijk. De Haan onderzoekt welke taken de assistente even goed kan uitvoeren als de huisarts. Resultaten zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

De opleidingsmogelijkheden voor doktersassistenten zijn de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid als gevolg van de herstructurering van het middelbaar huishoud- en nijverheidsonderwijs. Op dit moment zijn er 23 MDGO-scholen (Middelbaar Diensten- en Gezondheidszorg Onderwijs Assisterende beroepen in de Gezondheidszorg) die een door de KNMG erkende opleiding tot doktersassistent(e) verzorgen. (Zeventien daarvan zijn pas in 1984 met de opleiding gestart).

Daarnaast kan de opleiding gevolgd worden aan twaalf door de KNMG erkende instituten en bestaat er een aantal opleidingen zonder KNMG-erkenning. Mulders (1984) waarschuwt voor een 'wildgroei' van niet door de KNMG erkende opleidingen waardoor de kwaliteit van de gezondheidszorg in gevaar kan komen.

Als gevolg van het aantal nieuw gestarte opleidingen zal het aantal examens de komende jaren aanzienlijk toenemen. Dit heeft niet alleen consequenties voor de toch al overvolle arbeidsmarkt maar geeft ook tijdens de opleiding al grote problemen bij het vinden van voldoende

stageplaatsen. Ten Cate, een van de weinige onderzoekers die zich met dit onderwerp bezighoudt, waarschuwd al in 1982 voor dit probleem (zie ook Van Dijke en Ten Cate, 1979). Uit zijn al eerder geciteerd onderzoek in 1981 bleek 40,8% van alle huisartsen regelmatig een stagiaire te hebben. Daarnaast was 11,3% bereid om in de toekomst een stagiaire te nemen. Echter van deze laatste groep heeft ongeveer de helft geen doktersassistente in dienst terwijl dat wel voorwaarde is om op verantwoorde wijze een stagiaire op te leiden. Op grond van zijn onderzoeksresultaten voorspelde Ten Cate een snel toenemend tekort aan stageplaatsen en dat is op dit moment inderdaad het geval (Ten Cate, 1984).

3. TAKEN EN WERKWIJZE

3.1. Het takenpakket van de huisarts

De taken van de huisarts zijn het meest recent beschreven in het Basistakenpakket van de huisarts, uitgegeven door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in 1983. Al sinds de Woudschoten conferentie in 1959 worden met name door de LHV pogingen gedaan om het werk van de huisarts te profileren en af te bakenen van de - zich zeer snel ontwikkelende - specialistische geneeskunde (LHV, 1975, 1977a, 1977b; Bessem, 1981; LHV, 1981c). Door de grote onderlinge verschillen in de wijze waarop huisartsen hun functie invullen was dit echter een langdurig en moeizaam proces.

Het huidige Basis-takenpakket bevat zowel een functie-omschrijving als een gedetailleerde beschrijving van de aard en de omvang van de huisartsenhulp. Het is de bedoeling dat elke huisarts tenminste aanspreekbaar is op de 216 concrete taken die in het rapport worden genoemd. Wat huisartsen daarnaast nog meer (willen) doen is afhankelijk van individuele eigenschappen en behoeften van de huisarts en van zijn patiëntenpopulatie. Het Basis-takenpakket is door de LHV-ledenvergadering op 3 juni 1983 met algemene stemmen aangenomen waarbij wel werd aangetekend dat het pakket aangevuld moet worden met een beschrijving van de taken van de huisarts op het gebied van de actieve verloskunde, de jeugdgezondheidszorg en surveillance taken en tevens met een aantal facultatieve taken.

De in het Basis-takenpakket beschreven taken hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

1. Taken afgeleid van het hulpverleningsproces

- entree-taken
- diagnostische taken
- taken ten aanzien van het handelingsplan
- terugkoppelingstaken

2. Taken, afgeleid van bepaalde categorieën patiënten

- zwangeren en pasgeborenen
- zuigelingen, kleuters en jeugdigen
- beroepsbevolking
- bejaarden
- stervenshulp
- rouwenden
- patiënten met een chronische ziekte
- patiënten die acute hulp behoeven

3. Ondersteunende taken

- het bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid
- samenwerking
- sociale kaart
- coördinatie
- praktijkuitrusting
- praktijkorganisatie
- medische en financiële administratie

4. Overige taken

- taken vanwege de overheid of anderzins
- signaleren van gezondheidsbeïnvloedende factoren
- taken ten aanzien van de beroepsgroep en organisatie van de gezondheidszorg
- taken ten aanzien van opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg.

Het wetenschappelijk onderzoek rond het takenpakket van de huisarts is grofweg in vier categorieën in te delen:

- empirische studies naar de taken die in werkelijkheid door de huisarts uitgevoerd worden;
- de relatieve tijdsbesteding aan de verschillende taken;
- de taakafbakening tussen de huisarts en andere hulpverleners;

- de onderlinge verschillen tussen huisartsen in taakuitoefening en werkwijze. Aan dit onderwerp is een aparte paragraaf gewijd (3.2).

Empirisch onderzoek naar de taken die in werkelijkheid door huisartsen uitgevoerd worden is verricht door Boots (1983) en door Van Zutphen (1984). Beide onderzoekers geven in hun dissertaties een uitgebreid literatuuroverzicht van eerder onderzoek naar praktijkuitoefening door huisartsen zodat we ons hier tot de grote lijnen zullen beperken. De onderzoekingen van Boots en van Van Zutphen vertonen veel verwantschap omdat zij gebaseerd zijn op hetzelfde materiaal namelijk een omvangrijke tijdstudie in 93 huisartspraktijken uitgevoerd door arts-observatoren (ongeveer 20 uur observatie per praktijk).

Daarnaast werden vragenlijsten afgenomen met betrekking tot taakopvatting, praktijkkenmerken en patiëntenbestand. Deze variabelen worden in het werk van Boots in verband gebracht met de **functies** van huisartsen en in het werk van Van Zutphen met de **taken** van huisartsen.

Van Zutphen vindt met behulp van een factoranalyse 6 taakdimensies in het werk van de huisarts die hij als volgt benoemt:

1. Somatische, curatieve zorg.
2. Verwijzen naar en samenwerken met andere disciplines in het eerste echelon en het geven van onderwijs.
3. Inwinnen van inlichtingen en advies voor de patiëntenzorg en nascholing.
4. Secundaire preventie en begeleiding van risicopatiënten en chronisch zieken.
5. Primaire preventie van vrouwen in de fertiele leeftijd en van jonge kinderen.
6. Gespreksvoering.

Vijf van de zes dimensies zijn ook in het onderzoek van Lamberts terug te vinden (Lamberts, 1983).

Van Zutphen constateert dat de door hem gevonden taakstructuur anders is dan die in het Basis-takenpakket maar dat de zes dimensies wel in hun geheel in dit pakket zijn terug te vinden. Volgens hem zijn de door hem gevonden dimensies ook uit eerder onderzoek af te leiden waarbij hij onder meer verwijst naar Van der Wielen, Bremer en Oosterhuis. Hij leidt hieruit af dat er in de loop der jaren geen grote fundamentele wijzigingen in het aard van het werk van de huisarts zijn opgetreden. Wel neemt het aandeel van sommige taken toe

van andere af (zie ook Bremer, 1978). Afgenomen is bijvoorbeeld het aandeel van de huisarts in de praktische verloskunde. Nog maar 16% van de bevallingen wordt door een huisarts geleid (Boerma, 1983). Taken die meer de nadruk hebben gekregen liggen op het gebied van geboorteregeling, sterilisatie-adviezen en dergelijke. Ook hebben nascholing, samenwerking met andere disciplines en het geven van onderwijs meer nadruk gekregen. Wat volgens Van Zutphen minder van de grond is gekomen zijn surveillancetaken bijvoorbeeld met betrekking tot risicogroepen.

Ook betwijfelt hij of een aantal in het Takenpakket genoemde taken werkelijk een plaats hebben in het handelen van de huisarts en hij verwijst daarbij naar taken ten aanzien van de beroepsbevolking en het geven van voorlichting en adviezen.

Tijdsbesteding

Zowel bij Boots (1983) als bij Van Zutphen (1984) zijn cijfers over de tijdsbesteding van huisartsen te vinden. Dergelijk onderzoek is zeer schaars in Nederland. Meestal gaan praktijkstudies namelijk over aantallen verrichtingen of over de kwaliteit van de hulpverlening. De relatieve tijdsbesteding, uitgedrukt in percentages van de totale werktijd is in tabel 1 weergegeven. In tabel 2 staan gegevens die zich beter in frequenties dan in tijd laten uitdrukken.

Tabel 1: tijdsbesteding per taak in procenten van de totale werktijd per dag

taken	tijd	sd.	taken	tijd	sd.
diagnostiek	22,1	6,1	- anamnese	9,0	3,7
			- lich. onderz.	10,9	4,1
			- eigen.lab.onder.	1,2	1,3
			- uitbest.lab.onder.	0,7	0,5
			- uitbest.diagn.onder.	0,6	0,5
therapie	15,1	5,3	- medicatie	6,8	3,4
			- advies	3,0	1,5
			- ther.behandeling	2,3	1,7
			- gesprek	2,8	2,6
begeleiding	6,0	3,6	- chron.cur.begel.	4,7	3,3
			- follow-up	1,1	1,3
			- informatie geven	0,2	0,4

preventie	5,2	3,5	- geboorteregeling	2,7	2,2
			- perinatale zorg	1,1	1,4
			- vaccinaties	0,2	0,4
			- g.v.o.	0,1	0,3
			- periodiek gen.ond.	0,7	1,7
			- surveillance	0,4	0,8
verwijzing binnen gezondheidszorg	2,7	2,1	- diagn.verwijzen	1,0	1,2
			- ther.verwijzen	1,0	0,9
			- cons.vragen	0,3	0,6
			- cons.geven	0,1	0,2
verwijzen buiten gezondheidszorg	0,3	0,6	- verwijzen	0,5	0,1
			- inlicht. vragen	0,1	0,3
			- inlicht. geven	0,2	0,4
condities	14,2	6,7	- organisatie	5,4	4,2
			- administratie	4,1	3,6
			- samenwerking	2,6	2,8
			- onderwijs geven	0,5	1,7
			- nascholing	1,6	2,8
activiteiten als arts	3,4	4,9	- keuringen	1,4	2,5
			- groepsbegeleiding	1,3	3,5
			- medisch adviseur	0,1	1,0
			- med.indicaties	0,1	0,2
			- bestuursfunctie	0,1	0,5
			- andere arts-act.	0,4	1,7
apotheekwerk	0,4	1,4	- apotheekwerk	0,4	1,4
sociaal contact	3,0	2,8	- sociaal contact	2,9	2,8
telefoon	5,8	3,8	- telefoon	5,8	3,8
reistijd	11,4	4,9	- reistijd	11,4	5,0
privé	10,6	7,6	- privé	10,7	7,6
Totaal	100%		Totaal	100%	

Bron: Boots, 1983

Bron: Van Zutphen, 1984

De gegevens van Boots en van Van Zutphen zijn niet exact herleidbaar omdat de onderzoekers bij sommige taken een iets andere indeling hebben gebruikt, daardoor ontstaan ook afrondingsverschillen.

Tabel 2: de relatieve frequenties van in aantallen uitgedrukte bezigheden van de huisarts

	gemidd. per 100 pat.cont.	st.dev.
eigen lab.onderzoek	6,7	5,0
uitbest.lab.onderzoek	4,5	3,1
uitbest.diagn.onderz.	3,7	2,8
medicatie	50,5	13,1
verwijzingen	9,7	4,7
gemidd.consultduur	7,0 min.	1,6
gemidd.patiëntenaanbod	6,0 p.uur	2,2
consult-visitatie ratio	4,6	4,4

Bron: Van Zutphen, 1984

Uit de tabellen blijkt dat artsen onderling grote verschillen vertonen in de hoeveelheid tijd die ze aan verschillende activiteiten besteden (zie hiervoor de grootte van de standaarddeviaties). De factoren die met deze verschillen samenhangen worden in de volgende paragraaf (3.2) besproken, tegelijk met de taakopvattingen van artsen. Naar aanleiding van het onderzoek merkt Boots op dat artsen bijna een kwart van de tijd aan diagnostiek besteden, volgens hem een indicatie voor de centrale 'intake positie' die de huisarts in de gezondheidszorg bekleedt. De totale tijd die aan curatieve zorg besteed wordt bedraagt 37,2%. Daarnaast wordt éénderde van de resterende tijd besteed aan 'condities'. Dit cijfer ondersteunt volgens Boots "de vaak gehoorde verzuchting dat administratie en vergaderen zoveel tijd kost".

Taakafbakening

De literatuur over taakafbakening tussen huisartsen en andere hulpverleners gaat doorgaans over de raakvlakken tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde (zie ook de bijdrage van

Dopheide in deze bundel over de relatie tussen eerste en tweede lijn).

Swinkels en Dopheide (1983) vonden in hun onderzoek naar een samenwerkingsproject tussen huisartsen en specialisten in Hoogeveen dat taakafbakeningsproblemen het belangrijkste knelpunt in deze samenwerking vormden: "op vele terreinen claimen zowel huisartsen als specialisten de eerstverantwoordelijke te zijn wiens beslissing uiteindelijk moet prevaleren". De onderzoekers bepleiten het opstellen van protocollen voor de behandeling van veel voorkomende aandoeningen die eerste- en tweedelijns aspecten hebben (zie ook Van Es, 1985). Zij verwijzen daarbij naar de ervaringen bij het Ziekenhuis Oudenrijn waar met deze vorm van onderlinge taakafbakening enige ervaring is opgedaan (zie ook Peters, 1982 en Wijkkel en Van der Grijn, 1982).

Onlangs heeft het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut een onderzoek naar taakafbakening gedaan (Beek, Van Eijk en Rutten, 1984, 1985; Rutten, Van Eijk en Beek, 1985a, 1985b, 1985c, 1985d, 1985e). De onderzoekers vroegen 556 huisartsen (respons 51%) en 1.242 specialisten (respons 34%) naar hun oordeel over de grenzen tussen het taakgebied van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. We zullen bij de interessante resultaten van hun onderzoek wat langer stilstaan.

Evenals Swinkels en Dopheide vonden ook deze onderzoekers dat de meeste huisartsen aanmerkelijk meer taken blijken te 'claimen' dan de meeste specialisten voor wenselijk en verantwoord houden. Over een aantal concrete aandoeningen worden de volgende uitspraken gedaan: de behandeling van constitutioneel eczeem rekenen huisartsen tot hun taak en competentie maar nog niet de helft van de dermatologen is het daar mee eens. Wel vinden dermatologen dat huisartsen vaker wratten moeten aanstippen terwijl 30% van de huisartsen vindt dat zij dat niet zelf hoeven te doen.

Wat betreft het hechten van kleine en middelgrote wonden en het verwijderen van apert benigne tumoren - eveneens taken die in het Basis-takenpakket genoemd zijn - verschillen chirurgen sterk van mening met de huisartsen. Van de chirurgen acht 56% de huisarts niet competent met betrekking tot het hechten en 78% zelfs met betrekking tot het verwijderen van huidtumoren.

Deze zelfde tendens, zij het in mindere mate, komt ook naar voren bij de ondervraagde internisten en longartsen.

Huisartsen en internisten zijn het eens over het feit dat de behandeling van type I-diabeten specialistenwerk is en van type II-diabeten huisartsenwerk. Wel bestaat er verschil van mening over de behandeling met orale anti-diabetica door de huisarts.

Met de longartsen bestaat er vooral verschil van mening over het laten maken van een thoraxfoto bij patiënten met chronische bronchitis: zowel de huisartsen als de specialisten rekenen dit tot hun taak.

Gynaecologen tenslotte zijn met de huisartsen van mening dat de behandeling van fluor vaginalis bij de huisarts thuishoort. Het is opmerkelijk dat de gynaecologen schatten dat ongeveer de helft van de verwijzingen in verband met fluor vaginalis niet noodzakelijk is. Wat betreft het plaatsen van een IUD verschillen huisartsen onderling sterk: 40% van de huisartsen acht zich hiertoe niet of nauwelijks competent.

Volgens de onderzoekers is het voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist nodig dat de taakverdeling tussen eerste- en tweede lijn wordt verhelderd en (protocollair) wordt geregeld.

Over de verloskundige taken van de huisarts is al opgemerkt dat steeds minder huisartsen de kans krijgen hun vakbekwaamheid op dit gebied te onderhouden omdat 84% van de bevallingen door verloskundigen en gynaecologen wordt geleid. Op dit gebied heeft zich een verschuiving in omgekeerde richting voorgedaan namelijk van de eerste naar de tweede lijn (Boerma, 1983). Het gevaar dreigt dat de huisarts zijn rol wat dit betreft helemaal kwijtraakt (zie ook Van Es, 1983a).

Tot slot kan nog vermeld worden dat onderzoek gedaan wordt naar de taken van de huisarts bij arbeidsongeschiktheid en de relatie in dit verband met verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts (Prins, 1985). Het delegeren van taken aan de wijkverpleegkundige is onderzocht door Seelen, Van Zutphen en Diederiks (1985) en het delegeren van taken aan de doktersassistente wordt op dit moment onderzocht door De Haan.

3.2. Werkwijze en taakopvatting

In de vorige paragraaf is al gewezen op de grote onderlinge verschillen tussen huisartsen, zowel in de taken die zij uitoefenen als in de wijze waarop zij dat doen. Naar deze verschillen is veel beschrijvend onderzoek gedaan maar de laatste jaren worden vooral ook pogingen gedaan deze verschillen te verklaren. Heel globaal is daarvan het resultaat, dat inmiddels wel bekend is welke structurele en welke persoonlijke kenmerken met deze verschillen samenhangen; on-dubbelzinnige causale relaties worden echter zelden gevonden. Niet

in de laatste plaats ligt dit aan de hoeveelheid en vooral de verstrengeling van de factoren die invloed hebben op de werkwijze van de huisarts waardoor de onderzoeksresultaten vaak moeilijk te interpreteren zijn. Voordat we een aantal onderzoeken op dit gebied bespreken geven we eerst een overzicht van de factoren die met verschillen in werkwijze samenhangen:

Structurele kenmerken

- de praktijkgrootte en de beschikbare tijd
- de praktijkvorm
- demografische kenmerken van de praktijkpopulatie
- de verhouding ziekenfonds/particulier verzekerden
- het gemiddeld aantal patiënten per uur
- de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging
- de afstand van de praktijk tot het ziekenhuis
- de aanwezigheid van andere gezondheidszorgvoorzieningen

Persoonlijke kenmerken

- de taakopvatting van de huisarts
- de leeftijd van de huisarts en/of het aantal jaren ervaring
- de bereidheid tot samenwerking met andere hulpverleners
- de competentie (gevoelens) van de huisarts
- het kunnen omgaan met onzekerheden.

Verschillen in werkwijze tussen huisartsen zijn bijna op elk gebied te vinden. We noemen er een aantal:

- verschillen op het gebied van diagnostiek en behandeling van problemen;
- verschillen in het gebruik van instrumentarium en in het gebruik van diagnostische faciliteiten;
- verschillen in het herkennen en behandelen van psychosociale problemen;
- verschillen in voorschrijven en verwijzen
- verschillen in huisbezoek en in bezoek aan patiënten in het ziekenhuis;
- en tot slot verschillen huisartsen in het verrichten van specifieke taken bijvoorbeeld op het gebied van preventie, jeugdgezondheidszorg, zorg voor chronisch zieken en bejaarden, stervensbegeleiding etcetera.

Alvorens op deze verschillen in te gaan bespreken we eerst de wijze waarop huisartsen verschillen van specialisten in hun werkwijze. Onderzoek op dit gebied is verricht door het Nijmeegs Universitair

Huisartsen Instituut (zie de eerder genoemde publicaties van Beek, Van Eijk en Rutten) en door Gerritsma en Smal (1982).

Gerritsma en Smal maakten in hun onderzoek gebruik van interactieve patiëntensimulatie en vonden een aantal opvallende verschillen tussen huisartsen en internisten: Bij eenzelfde probleem verzamelt een internist dubbel zoveel informatie als de huisarts en doet hij drie maal zoveel onderzoek. Dit verschil verdwijnt bij een probleem met 'complicaties', dan doen huisartsen meer onderzoek en beslissen specialisten sneller. In tegenstelling tot de verwachting stellen internisten net zoveel vragen over psychosociale problemen als huisartsen. De internisten onderscheiden zich door een groter aantal routineprocedures ondanks het feit dat zij niet meer werkhypothesen gebruiken dan de huisartsen. Ook is er geen sprake van een specifiek onderzoeksterrein bij een van beide beroepsgroepen.

Volgens de onderzoekers zouden de huisartsen zich meer laten leiden door hun werkhypothesen en doen internisten nagenoeg altijd een systematisch onderzoek om daarmee achteraf hun hypothesen te toetsen. De verschillen tussen huisartsen en internisten treden alleen op in het diagnostisch handelen, in begeleiding, advisering en therapeutische ingrepen zijn beide groepen even uitgebreid.

Als verklaring voor de verschillen noemen Gerritsma en Smal "de verschillende positie van huisartsen en internisten (eerste versus tweede lijn), het verschil in praktijk organisatie (solopraktijk versus 'bureaucratische' praktijk) en het verschil in patiëntenaanbod (ongeselecteerd versus geselecteerd)" (p.262).

Overigens wordt de werkwijze van alle artsen gekenmerkt door grote individuele verschillen. Bij de internisten zijn deze verschillen iets minder groot wat waarschijnlijk te maken heeft met de hoeveelheid routine onderzoek.

In hoeverre deze gegevens, gebaseerd op simulatie, een afspiegeling van de werkelijkheid zijn blijft natuurlijk altijd een vraag. Gerritsma en Smal noteerden bijvoorbeeld gemiddeld 42 diagnostische handelingen bij de klacht hoofdpijn terwijl Tielens, Morkink en Mesker (1985) in hun observatie onderzoek slechts 5,4 handelingen registreerden. Zij manen dan ook aan tot voorzichtigheid bij de interpretatie van dit soort gegevens verkregen uit simulatietechnieken en/of enquêtes. Kuyvenhoven, Pieters, Jacobs e.a. (1985) stellen dat simulatietechnieken de laatste jaren verbeterd zijn waardoor de realiteitswaarde aanzienlijk is toegenomen (p.41). (Zie ook Kuyvenhoven, Jacobs, Touw-Otten e.a., 1984a en 1984b).

Verschillen in werkwijze

De onderlinge verschillen tussen huisartsen waren in het onderzoek van Boots en Van Zutphen het grootst met betrekking tot:

- eigen laboratorium onderzoek, therapeutische handelingen, gesprek en verwijzingen;
- begeleiding van chronische patiënten;
- preventieve activiteiten, met name geboorteregeling, perinatale zorg, periodiek geneeskundig onderzoek, surveillance van risicopatiënten;
- samenwerking, sociaal contact, nascholing en onderwijs geven;
- overige activiteiten met name keuringen en groepsbegeleiding;
- het aantal visites (= consult/visite ratio).

Ter verklaring van deze verschillen vindt Boots dat vooral het gemiddeld patiëntenaanbod een grote rol speelt bij de tijdbesteding aan diagnostiek en therapie. Naarmate het aantal patiënten per uur groter is, is de hoeveelheid tijd die relatief aan diagnostiek en therapie besteed wordt ook groter en neemt de tijd voor 'condities' en 'prive' af.

Een minder voor de hand liggende samenhang is het feit dat dan tegelijkertijd de proportie verwijzingen (gemeten in verhouding tot het aantal consulten) lager is. Als verklaring voor dit laatste denkt Boots dat een groter aantal patiënten per uur duidt op relatief meer lichte klachten; dit laatste is echter niet gemeten.

Het aantal jaren praktijkervaring van de huisarts speelt een rol bij verwijzen, bij diagnostiek en bij begeleiding. Naarmate de ervaring groter is wordt relatief minder verwezen en wordt relatief minder aan diagnostiek besteed en meer aan begeleiding.

De taakopvatting van de huisarts, gemeten als 'taakbreedte' en als 'gewenst niveau van diagnostiek en therapie' hangt nauwelijks met verschillen in werkwijze samen. Er is alleen een zwak positief verband tussen taakbreedte en de tijdbesteding aan therapie en een hoog 'gewenst niveau van diagnostiek en therapie' gaat samen met meer tijd voor preventie en met minder verwijzen.

Op de betekenis van taakopvatting komen we verderop uitgebreider terug.

Van Zutphen onderzocht de invloed van dezelfde structuur- en persoonskenmerken op de zes door hem gevonden taakdimensies. Hij beschrijft de meer specifieke verbanden tussen deze dimensies en de verklarende variabelen waarop we hier niet verder zullen ingaan. De grote lijnen komen - niet verwonderlijk - overeen met de resultaten van Boots.

Het onderzoek van Grol, Van Eijk, Mokkink e.a. (1985) gaat niet over verschillen in tijdbesteding tussen huisartsen maar over verschillen in de kwaliteit van de hulpverlening in relatie tot taakopvatting. In hun observatieonderzoek bij 57 huisartsen meten zij het aantal verwijzingen door de huisarts, zijn medisch handelen (met behulp van protocollen) en zijn niet-somatisch handelen. Deze gegevens worden in verband gebracht met het oordeel van de arts over taakafbakening en competentiegevoel ten aanzien van technische taken, ten aanzien van begeleidingstaken en ten aanzien van psychosociale taken. De belangrijkste conclusie is dat de kwaliteit van de zorg beter is naarmate men een bredere taakopvatting heeft. Concreet gezegd, artsen die een brede taakopvatting hebben en zich competent voelen met betrekking tot technische taken en psychosociale taken handelen adequater en verwijzen minder. Taakopvatting en competentiegevoel ten aanzien van begeleidingstaken vertoont geen samenhang met de geobserveerde werkwijze of met verwijzen.

Taakopvattingen

Voordat we nu een aantal deelaspecten in het werk van de huisarts gaan bekijken geven we eerst een overzicht van de verschillende taakopvattingsschalen omdat die in de meeste onderzoeken een belangrijke plaats innemen.

Door verschillende onderzoekers zijn taakopvattingsschalen geconstrueerd in de hoop daarmee de verschillen in werkwijze tussen de huisartsen te kunnen verklaren. De meeste schalen gaan over de taakbreedte van de huisarts (Grol, 1981; Boots en Van Zutphen, 1981; Dopheide, 1982; Van Staveren, 1984; Grol, Van Eijk, Mokkink e.a., 1985).

In de schalen van Dopheide gaat het vooral om de afbakening van het terrein van huisarts en specialist en om de taken van de huisarts bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Evenals Grol e.a. vindt hij een relatie tussen een brede taakopvatting en minder verwijzen: "huisartsen die diagnostiek en therapie van veel aandoeningen tot het terrein van de huisartsgeneeskunde rekenen, veel verrichtingen zelf doen en zich enigszins 'strijdbaar' opstellen tegenover de specialist verwijzen minder dan degenen die voor zichzelf een smallere taak zien weggelegd" (Dopheide en Nijhout, 1983).

Boots en Van Zutphen maken een onderscheid tussen taakbreedte en 'gewenst niveau van diagnostiek en therapie'. Zij merken op dat er een zeer grote verdeeldheid bestaat over ieder onderdeel van de schaal: een mening over het ene taakdeel blijkt weinig in verband te staan met de mening over een ander taakdeel. Zoals al gezegd vinden

zij zeer zwakke verbanden tussen taakopvatting en werkwijze. De belangrijkste bevinding van Boots (1983) is dat huisartsen met een brede taakopvatting een eigen bewuste invulling van het takenpakket hebben en dat hun handelen veel minder wordt beïnvloed door het patiëntenaanbod en de werkomstandigheden (p.111).

De hiervoor genoemde schalen van Grol, Van Eijk en Mokkink e.a. (verwant aan de schalen van Dopheide) meten zowel taakopvatting als competentiegevoel, twee aspecten die onderling sterk blijken samen te hangen ($R=.65$ tot $.70$). Zij veronderstellen dat er een causale relatie bestaat in die zin dat het competentiegevoel de taakopvatting beïnvloedt. Taakopvatting wordt door allerlei factoren beïnvloed maar het gevoel van competentie zou gebaseerd zijn op concrete ervaringen uit het verleden. De onderzoekers concluderen verder dat het begrip taakopvatting uit een aantal afzonderlijke dimensies bestaat, waarbij opvattingen over technische taken meer samenhangen met opvattingen over psychosociale taken dan met opvattingen over begeleidingstaken.

In de dissertatie van Van Staveren (1984) komt een enigszins andere invulling van het begrip taakopvatting voor omdat hij bij de constructie van de schalen is uitgegaan van rolverwachtingen en van de roltheorie. Hij construeerde zeven schalen om de attitude van huisartsen te meten ten aanzien van 1) aandacht voor de patiënt, 2) medische deskundigheid, 3) samenwerking, 4) maatschappelijke betrokkenheid, 5) collegiale solidariteit, 6) organisatie-oriëntatie en 7) financiële oriëntatie. De interne consistentie van een aantal schalen blijkt laag te zijn wat volgens Van Staveren te maken heeft met de heterogeniteit van concepten in een aantal schalen. Hij vindt geen sterke verbanden tussen de met deze schalen gemeten opvattingen van huisartsen en de geobserveerde werkwijzen. Wel vindt hij dat een persoonsgerichte attitude niet alleen samengaat met een persoonsgerichte werkwijze maar ook met een geneeskundige werkwijze. Hij concludeert dat "huisartsen hun geneeskundige kennis en vaardigheden eerder toepassen uit een persoonsgerichte belangstelling voor de patiënt dan uit een geneeskundegerichte attitude" (p.218). Door de specificiteit van de schalen in dit proefschrift is het niet mogelijk de resultaten van Van Staveren met ander onderzoek naar taakopvattingen te vergelijken.

Een aantal deelaspecten in het werk van de huisarts is apart onderzocht. Achtereenvolgens zullen we kijken naar het verwijzen, het voorschrijven, de behandeling van psychosociale problemen, en allerlei specifieke taken zoals preventie, begeleiding etcetera.

Verwijzen

Onderlinge verschillen in verwijzen is het meest onderzochte aspect in de werkwijze van huisartsen, niet in de laatste plaats door de financiële consequenties die daaraan verbonden zijn en de gemakkelijke toegankelijkheid van de gegevens.

In deze bundel wordt dit onderwerp apart behandeld door Dopheide in zijn bijdrage over de relatie tussen eerste en tweede lijn. Zeer globaal komt uit zijn literatuuroverzicht naar voren dat de volgende factoren invloed hebben op het aantal verwijzingen naar medische specialisten: het aanbod aan specialistische voorzieningen, de leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie, de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging en, zoals al vermeld, de taakopvatting van de huisarts. Ondanks alle onderzoek is de relatie tussen praktijkgrootte en het aantal verwijzingen nog steeds onduidelijk. Voor de uitwerking van het bovenstaande verwijzen we naar de bijdrage van Dopheide.

Voorschrijven

Evenals het verwijzen heeft het voorschrijven van medicijnen belangrijke financiële consequenties. Haaijer-Ruskamp (1984) vermeldt dat de kosten van farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden in 1979 12% uitmaakten (=1,3 miljard gulden) van de totale lasten van de ziekenfondsen.

Honhoff (1977) en Bertens en Samuels Brusse (1980) vinden aanzienlijke verschillen in de hoeveelheid medicijnen die huisartsen voorschrijven. Post (1984c) vindt een verschil van een factor 2,5 tussen het aantal voorschriften van de 'laagst' en de 'hoogst' voorschrijvende arts en een verschil van een factor 2 voor wat betreft het verschil in kosten (zie ook Lamberts, 1982; Haaijer-Ruskamp, Van der Lende, Ormel e.a., 1983; Meyboom, Post en Thomas, 1984a en 1984b). Zelf vindt Haaijer-Ruskamp in haar dissertatie ook een verschil van een factor twee tussen de 'duurst' en de 'goedkoopst' voorschrijvende artsen. Bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2.400 verzekerden komt dat neer op een verschil van 11.000 recepten per jaar (= ongeveer f 84.000,-) (p.58).

Onderzoek naar verklaringen van deze verschillen toont aan dat onder andere kenmerken van artsen een belangrijke rol spelen. Haaijer-Ruskamp e.a. vinden dat de 'geneigdheid' van de huisarts om medicijnen voor te schrijven, maar veel meer nog de neiging om farmacologisch 'juist' voor te schrijven sterke invloed heeft op het voorschrijven van medicijnen. Haaijer-Ruskamp maakt in haar onderzoek onder 118

niet-apotheekhoudende huisartsen een onderscheid tussen het voorschrijfvolume, het kostenaspect en de kwaliteit van het voorschrijven. Deze drie aspecten blijken onafhankelijk van elkaar te variëren. De belangrijkste verklaring voor verschillen in volume en in kosten is de mate waarin de huisarts zich houdt aan de ziekenfondsrichtlijnen (Farmaceutisch Kompas). Dit wordt onder andere bepaald door het prijsbewustzijn van de arts. De leeftijd van de arts speelt een rol bij de kwaliteit van het voorschrijven: naarmate hij jonger is schrijft hij 'juister' voor.

Op grond van haar onderzoeksresultaten typeert zij de 'weinig', de 'goedkoop' en de 'juist' voorschrijvende huisarts als volgt:

- de 'weinig' voorschrijvende arts heeft naar verhouding weinig oudere patiënten, praktizeert in minder verstedelijkte gebieden, is minder geneigd voor te schrijven en minder geneigd handelend op te treden, denkt niet dat veel patiënten een recept van hem verwachten en heeft minder (telefonische) contacten per verzekerde;
- de 'goedkoop' voorschrijvende arts heeft eveneens weinig oudere patiënten, heeft relatief meer particulier verzekerden, hij is zelf naar verhouding ouder, staat positief tegenover placebomiddelen, vraagt adviezen over geneesmiddelen eerder aan collegae en apothekers dan aan specialisten en heeft weinig waardering voor de informatie van de farmaceutische industrie;
- de 'juist' voorschrijvende arts is jonger en gebruikt recentere informatie, heeft meer oudere patiënten, praktizeert in minder verstedelijkte gebieden, hij is niet van mening dat veel patiënten met onbeduidende klachten bij hem komen en dat veel patiënten een recept van hem verwachten en hij staat negatief tegenover informatie van de farmaceutische industrie.

De onderzoekster pleit onder andere voor nader onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen aan oudere patiënten en naar het gebruik van de telefoon bij het voorschrijven. Ook onderstreept zij het belang van het goed op de hoogte blijven van recente informatie over medicijnen en merkt op dat huisartsen (meer) aandacht zouden moeten besteden aan het eigen voorschrijfpatroon en de kritiek van collegae daarop.

Een aantal huisartsen heeft inderdaad de laatste jaren het eigen voorschrijven geanalyseerd hetgeen vaak tot verrassende ontdekkingen leidde: Post (1982a en 1982b) analyseerde zijn 'rationaliteit' bij het voorschrijven van benzodiazepines (slaapmiddelen en tranquillizers) in zijn apotheekhoudende associatiepraktijk. Hij concludeert dat het gebruik van benzodiazepines sterk toeneemt in de leeftijds-

categorie 20 tot 49 jaar en dat vooral het gebruik bij vrouwen boven de 65 jaar schrikbarend te noemen is (maar liefst 47%). Vooral deze laatste groep, aldus Post, "blijkt in onze praktijk een chronisch gebruik te vertonen zonder dat er bewuste controle van de huisartsen op wordt uitgevoerd" (p.898).

Dergelijke analyses in eigen praktijk zijn ook uitgevoerd door onder andere Roolvink (1983), Laane (1983) en Meyboom, Post en Thomas (1984a en 1984b). Laane maakt gebruik van de overzichten van de ziekenfondsen over zijn praktijk, de andere huisartsen zijn apotheekhoudend waardoor de informatie natuurlijk gemakkelijker toegankelijk is. In het kader van deze studie zijn de onderzoeken te gedetailleerd om uitgebreid te bespreken. Wel is het zo dat, evenals bij Post, de resultaten steeds aanleiding geven tot een bewustwording van en bezinning op het eigen voorschrijfpatroon.

Tot slot is het interessant om te vermelden dat apotheekhoudende huisartsen in het algemeen goedkoper voorschrijven dan hun niet-apotheekhoudende collegae (Kerkhof, 1983; Van Vliet en Van de Ven, 1983a). Het is niet duidelijk welke factoren deze verschillen veroorzaken.

Psychosociale problematiek

Het herkennen en behandelen van psychosociale problemen is eveneens een bron van grote variatie tussen huisartsen (Verhaak, 1981, 1983, 1984b; Lamberts, 1982; Lamberts en Hartman, 1982). Evenals het verwijzen door de huisarts wordt ook dit onderwerp in een aparte bijdrage in deze bundel behandeld door P.F.M. Verhaak. In deze bijdrage noemt Verhaak als belangrijkste conclusies onder andere dat onderzoek naar het voorkomen van psychosociale problemen bemoeilijkt wordt door het ontbreken van eenduidige definities. Dat ook hier weer het competentiegevoel en de taakopvatting van de huisarts samenhangt met de mate waarin hij psychosociale problemen 'ziet' en behandelt. Dat er grote diversiteit bestaat in behandelingen van psychosociale problemen en dat over de effecten daarvan nauwelijks iets bekend is. En tot slot, dat huisartsen, hoewel ze in het algemeen erg weinig verwijzen naar de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, ook daarin grote onderlinge verschillen vertonen. Voor de uitgebreide bespreking van het bovenstaande verwijzen we naar de bijdrage van Verhaak en naar zijn binnenkort te verschijnen dissertatie over dit onderwerp.

Screening en preventie

In welke mate huisartsen zich bezig (moeten) houden met screening en

preventie van risicogroepen en wat de effecten daarvan zijn staat vooral de laatste jaren midden in de belangstelling. Het gaat daarbij vooral om risicofactoren voor hart- en vaatziekten en om screening op cervixcarcinoom (Van Veen, 1985; Van Weel, 1985). De huisarts zou de meest aangewezen persoon zijn om preventief geneeskundig onderzoek te verrichten omdat hij in drie jaar tijd ongeveer 90% van zijn patiënten ziet en omdat de compliance van de patiënt beter zou zijn door de vertrouwensrelatie die hij met de huisarts heeft. In de praktijk blijkt echter, zoals Boots ook al opmerkte, dat surveillance taken geen grote plaats hebben in het werk van de huisarts en blijkt het integreren van preventieve taken in het dagelijkse werk van de huisarts geen vanzelfsprekende zaak te zijn (Roolvink, 1985). Boerma (1985) had al gevonden dat huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra zich betrekkelijk weinig actief opstellen op het preventieve vlak (met uitzondering van jeugdgezondheidszorg). Bij een uitbreiding van het onderzoek naar duo- en solopraktijken constateren Hamers en Boerma (1985) dat huisartsen uit gezondheidscentra wat dat betreft niet afwijken van hun collega's uit andere praktijken. Preventieve activiteiten en de daarbij behorende actieve, surveillerende houding treft men onder huisartsen slechts bij uitzondering aan.

Het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied betreft vooral de uitvoerbaarheid van preventieve activiteiten in de praktijk en de effecten daarvan.

De dissertaties van Van der Feen (1977), Boot (1979) en van Van Ree (1981) behandelen de preventie van hart- en vaatziekten, waarbij de opsporing en behandeling van hypertensie centraal staat. Ditzelfde geldt voor de dissertatie van Van Weel (1981) die daarnaast ook de screening op cervixcarcinoom onderzoekt.

De onderzoeken van Van der Feen en van Boot vonden plaats in de eigen huisartspraktijk, Van Weel betreft de zeven huisartsen van het gezondheidscentrum Ommoord in zijn onderzoek en Van Ree zes huisartspraktijken in de regio Nijmegen.

Over de opsporing en behandeling van hypertensie worden in alle onderzoeken positieve resultaten gemeld. Tegelijkertijd wordt echter ook opgemerkt dat veel hypertensieven niet adequaat behandeld worden.

Over het beïnvloeden van de andere risicofactoren klinken vooral van Boot minder enthousiaste geluiden: het gewicht is nauwelijks te beïnvloeden en de effecten van antirook-adviezen zijn nihil (p.132). Op grond van zijn onderzoek concludeert Boot dat massascreening ter preventie van coronaire hartziekten van dubieuze waarde is.

De bevindingen van Van Ree in het Nijmeegs Interventie Project (NIP) zijn positiever. Van Ree (1981) concludeert dat het opgestelde screenings- en interventieprogramma goed uitvoerbaar bleek en tot duidelijke effecten leidde ten aanzien van de opgespoorde (behandelbare) risicofactoren (p.127). Echter, uit een recente evaluatie van de effecten op langere termijn (3 tot 5 jaar) van dit project blijkt dat "de meerderheid van de onderzoeksgroep na afloop van het programma zijn ongezonde levenswijze weer heeft hervat" (Van Ree, Van Gerwen en Van den Hoogen, 1985a, 1985b). Zij vinden net als Van Weel in zijn onderzoek, aanzienlijke verschillen tussen de praktijken: terwijl de resultaten in de ene praktijk nog verbeterd zijn, is in een andere praktijk het aanvankelijke effect zelfs geheel verloren gegaan. Van de medicamenteus behandelde hypertensiepatiënten bijvoorbeeld wordt in de ene praktijk 100% nog regelmatig gecontroleerd terwijl dat in een andere praktijk nog maar 30% is! Zij concluderen dat de praktijkvoering grote invloed lijkt te hebben op het uiteindelijke resultaat van de behandeling. In de praktijk met de goede resultaten, zo blijkt, bestaat een systematische praktijkvoering die gericht is op het 'bewaken' van risicogroepen. De onderzoekers bevelen aan om vooral ook in de huisartsenopleiding meer aandacht aan praktijkmanagement te besteden.

Aan deze verschillen in praktijkvoering liggen ook verschillen in opvattingen ten grondslag. Sommige artsen vinden dat de patiënt verantwoordelijk is voor de continuering van de behandeling, andere vinden dat die verantwoordelijkheid bij de huisarts ligt. Er blijkt hierover nog weinig nagedacht te zijn in de huisartsenwereld concluderen Van Ree, Van den Bosch en Rutten (1985). Opmerkelijk is trouwens dat preventieve activiteiten op het ene gebied weinig zeggen over preventieve activiteiten op een ander gebied. Vier van de zeven huisartsen in het onderzoek van Van Weel bleken veel aan hypertensiebestrijding te doen en weinig uitstrijkjes te maken of andersom. Overigens zijn de resultaten van het screeningsonderzoek van Van Weel moeilijk te interpreteren omdat tegelijkertijd een bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom plaatsvond wat de deelname aan het onderzoek beïnvloedde (p.119). In de recente onderzoekingen van Meijman (1984) en van Van Weel (1984) wordt een vergelijking gemaakt tussen screening door de huisarts of middels bevolkingsonderzoek. De onderzoekers concluderen dat screening door de huisarts goed mogelijk is maar dat dat eisen stelt aan de praktijkvoering en -organisatie.

Tot slot blijkt uit de meeste onderzoeken dat de rol van de praktijkassistente uiterst belangrijk is zowel wat betreft registratie en organisatie als wat betreft de taken die zij van de huisarts over kan nemen.

In het nieuw gestarte RIFOH-huisartsenproject (Risico Factoren Opsporing Hart- en vaatziekten) staat de rol van de assistente dan ook centraal. Ook wordt in dit project (in 24 huisartspraktijken) technische en administratieve ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg gegeven (Schraven en Van Ree, 1985). Het eindrapport van dit onderzoek is nog niet beschikbaar.

Chronisch zieken en stervens-begeleiding

De twee laatste aspecten die we bespreken zijn de begeleiding van chronisch zieken door de huisarts en zijn taken bij stervens- en rouwbegeleiding.

In het onderzoek van Van Zutphen komt de 'bewaking van risicopatiënten en chronisch zieken' als aparte taakdimensie naar voren. Hij vindt dat naarmate huisartsen meer ervaring hebben en een uitgebreider instrumentarium bezitten zij meer tijd aan deze taken besteden. Dit gaat samen met minder verwijzingen naar specialisten. Volgens Van Zutphen is het onduidelijk of huisartsen veel aan deze taken doen omdat zij een uitgebreid instrumentarium bezitten of dat zij dit juist aanschaffen omdat zij veel aan deze taken willen doen. Van Zutphen vindt geen andere significante verbanden, ook niet met kenmerken van de praktijk of van de populatie.

De dissertatie van Voorn (1983) gaat in de eerste plaats over het vóórkomen van chronische ziekten in de huisartspraktijk. Voor deze morbiditeitsgegevens verwijzen we naar de bijdrage van Bartelds in deze bundel.

Over de verschillen in werkwijze van huisartsen bij chronisch zieken merkt Voorn op dat, hoewel deze verschillen door sommigen juist de charme van het vak genoemd wordt, de door hem gevonden verschillen toch te groot lijken; bijvoorbeeld het feit dat de ene huisarts elfmaal zoveel patiënten met exceem naar de dermatoloog verwijst als de andere geeft "een indruk van vrijblijvendheid" (p.257).

Voorn verwijst ook naar verschillen in huisbezoek. Hierover is in Nederland weinig literatuur verschenen. In 1979 is een Themanummer van Huisarts en Wetenschap geheel aan dit onderwerp gewijd met onder andere bijdragen van Bremer, Adam en Ten Cate, Hennink, Van der Kooij en van Kaptein. De verschillende auteurs beschrijven daarin over het algemeen kleinschalige onderzoekjes over de redenen voor huisbezoek, de tevredenheid van patiënten, etcetera. Hieruit blijkt

het aantal huisbezoeken de laatste jaren sterk is teruggelopen en dat de indicaties voor huisbezoek allerminst duidelijk zijn. Huisartsen op het platteland blijken meer visites te maken dan hun collega's in de stad. Patiënten blijken in het algemeen huisbezoeken zeer op prijs te stellen.

Huisartsen verschillen ook sterk in de mate waarin zij in het ziekenhuis opgenomen patiënten bezoeken. Dit blijkt voor het belangrijkste deel samen te hangen met de taakopvatting van de huisarts. Structurele variabelen spelen ook wel een rol maar in veel mindere mate. Het gebrek aan tijd, dat huisartsen vaak als argument aanvoeren om hun patiënten niet te bezoeken blijkt van secundaire betekenis te zijn (Jacobs, Touw-Otten en De Melker, 1979).

Het ziekenhuisbezoek, maar meer nog het daaruit voortvloeiende contact met de specialist blijkt van belang te zijn bij de nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en vooral ook bij stervensbegeleiding. Crebolder (1980) rapporteert dat slechts de helft van de patiënten van het gezondheidscentrum Withuis die in het ziekenhuis sterven door de huisarts worden begeleid. En, dat het ontbreken van deze begeleiding steeds samengaat met een ontbrekende of slechte overlegsituatie tussen huisarts en specialist.

Ook uit het onderzoek van Boerma (1982) en van Hamers en Boerma (1985) blijkt dat meer dan de helft van de geënqueteerde huisartsen vindt dat het overleg met de specialist te wensen over laat. Voor de inhoudelijke aspecten van stervensbegeleiding, die buiten het kader van deze studie vallen, verwijzen we naar de belangrijke publicaties van Spreeuwenberg (Spreeuwenberg, 1981, 1985).

3.3. Hulpverleningsmethoden

De laatste jaren zijn veel pogingen gedaan om de kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts te verbeteren of nieuwe methoden te ontwikkelen (Gill 1984). Dit heeft onder andere geleid tot twee inmiddels bekende begrippen 'Methodisch Werken' en 'Preventie van somatische fixatie'. Daarnaast staat ook 'Protocollaire geneeskunde' volop in de belangstelling. We zullen het onderzoek rond deze drie begrippen na elkaar behandelen.

Methodisch werken

In 'Methodisch Werken' ligt de nadruk op een systematische doelgerichte werkwijze en op de functie van de arts/patiënt relatie. De

verschillende stappen in het consult dienen duidelijk gemarkeerd te worden en er wordt veel belang gehecht aan de 'intake': de arts moet er eerst achter zien te komen wat de werkelijke reden van de komst van de patiënt is zodat de hulpverlening optimaal op de hulpvraag afgestemd kan worden. Ook moet de huisarts zijn eigen handelen systematisch bewaken en evalueren (Holten-Vriesema, Tompot, Van Aalderen e.a. 1978; Schouwstra, 1981; Van Aalderen en Hollenbeek Brouwer, 1981).

Aspecten van methodische werken worden op dit moment in de huisartsenopleiding geïntegreerd en ook worden er nascholingscursussen methodisch werken gegeven.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van methodisch werken op de hulpverlening.

Wel vergeleek Hageman-Smit (1982) de werkwijze van twee huisartsen die wel en twee die niet de nascholingscursus methodisch werken gevolgd hadden, maar zij beschouwt dit experiment als een aanzet tot verder onderzoek. De huisartsen die de cursus gevolgd hadden bleken inderdaad meer aandacht aan de 'intake' te besteden maar van andere verschillen is nauwelijks sprake.

Den Hoed en Sluijs (1982) ontwikkelden observatieschema's om een aantal aspecten van methodisch werken te meten, zoals: de structurering van het consult, de arts/patiënt relatie, de mate waarin de arts de patiënt bij de behandeling betreft, de aandacht die aan de intake wordt besteed etcetera.

De betrouwbaarheid van het observatieschema blijkt redelijk te zijn behalve bij de oordelen over de arts/patiënt relatie. De validiteit van het meetinstrument is maar matig: niet alle gemeten aspecten blijken even belangrijk te zijn in het begrip 'Methodisch Werken'. Het lijkt erop dat het begrip 'Methodisch Werken' nog niet geheel is uitgekristalliseerd (Sluijs, 1983).

Somatische fixatie

Twee aspecten van Methodisch Werken, de systematische werkwijze en de functie van de arts/patiënt relatie spelen ook een belangrijke rol in de onderzoeken rond 'Preventie van somatische fixatie', een begrip ontwikkeld binnen het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI). Sinds 1973 heeft het NUHI een groot aantal onderzoeken verricht met als thema 'Preventie van somatische fixatie'. De onderzoeken zijn te groeperen rond:

- de theorievorming rond het begrip somatisch fixatie;
- operationalisering en instrumentontwikkeling;

- observeren en beoordelen van de werkwijze van huisartsen;
- 'preventie van somatische fixatie' integreren in de huisartsenopleiding;
- idem, maar dan in nascholings- en toetsingsprojecten.

(Een volledige lijst met publicaties naar aanleiding van dit onderzoeksproject is te vinden in het rapport Registratie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijns, Becht, 1985.)

De theoretische achtergronden van somatische fixatie worden o.a. door Van Eijk (1979, 1981) en Grol (1983) beschreven.

Somatische fixatie wordt gedefinieerd als "een proces, waarbij mensen door een voortdurende nadruk op de somatisch kant van hun klachten of problemen steeds meer gaan vastlopen in en afhankelijk worden van het medisch systeem". Van Eijk beschrijft hoe ingrijpende levensgebeurtenissen een dergelijk proces kunnen veroorzaken en op welke wijze huisartsen (ongewild) aan dit proces bijdragen dan wel dit proces kunnen voorkómen of stoppen.

Om de werkwijze van huisartsen op deze laatste dimensies te beoordelen zijn door het NUHI meetinstrumenten ontwikkeld - volgens de auteurs een omvangrijk en moeizaam karwei - waarin de volgende aspecten aan de orde komen (Mokkink, Smits en Grol, 1982):

- het verrichten van te veel of te weinig medische handelingen.
Hiertoe zijn voor 24 vaak voorkomende aandoeningen protocollen ontwikkeld (zie ook Mesker, Mesker-Nielsen en Mokkink, 1982; Mesker-Nielsen, Mokkink, Mesker e.a., 1983);
- de vaardigheid van de arts om gericht en systematisch te werken;
- het psychosociaal handelen van de huisarts waarbij gelet wordt op het signaleringsvermogen van de arts en zijn vaardigheid om somatische en psychosociale aspecten te integreren;
- het hanteren van de arts/patiënt relatie waarbij belangrijk is dat de arts voldoende informatie verschaft en dat de patiënt de ruimte krijgt om zelf beslissingen te nemen.

De betrouwbaarheid van de oordelen over de medisch-technische vaardigheden van de arts blijkt zeer bevredigend te zijn.

Oordelen over de gedragswetenschappelijke aspecten, vooral over de arts/patiënt relatie blijken veel minder betrouwbaar (dit laatste werd ook door Den Hoed en Sluijs gevonden).

Ook blijken herhalingscontacten veel moeilijker te beoordelen dan eerste contacten en vonden de onderzoekers een zogenaamd 'control-effect' dat wil zeggen dat huisartsen aan het begin van de observatieperiode anders (beter) handelden en na verloop van tijd weer op hun eigen routine terugvielen. Dit gold vooral voor het gericht en

systematisch werken. Interessant is tenslotte dat de artsen in de tweede helft van de ochtend minder medische handelingen verrichtten dan in de eerste helft, waarschijnlijk het gevolg van de toenemende tijdsdruk.

In het algemeen blijkt dat de werkwijze in de intake en in de diagnostische fase van grote invloed is op het handelen in de 'op verandering gerichte fase' en mede daardoor op het proces van somatische fixatie (Smits, Mokkink en Mesker, 1983).

De belangrijkste resultaten uit het tweede deel van het onderzoek onder 57 huisartsen (815 spreekuurcontacten) zijn als volgt samen te vatten: huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt en hun eigen handelen meer expliciteren blijken adequater te reageren op de naar voren gebrachte klachten. Dat betekent dat zij meer aandacht hebben voor relevante psychosociale factoren en meer obligate medisch-technische diagnostiek en therapie verrichten. Deze werkwijze heeft niet tot gevolg dat men overbodige medisch-technische handelingen gaat verrichten en ook wordt overbodige therapie vermeden. Deze werkwijze leidt tot minder verwijzingen naar de specialist. (Smits, Mokkink, Grol e.a., 1985; Tielens, Mokkink en Mesker, 1985) Zoals al in paragraaf 3.2 aan de orde kwam blijkt deze adequate werkwijze ook beïnvloed te worden door de taakopvatting en het competentiegevoel van de huisarts (zie eerder genoemde onderzoek van Grol, Van Eijk, Mokkink e.a., 1985).

De manier waarop de bevindingen uit dit onderzoeksproject in de huisartsenopleiding en bij nascholing en toetsing gebruikt worden komt in de volgende paragraaf aan de orde.

We besluiten deze paragraaf met enkele opmerkingen over protocolaire geneeskunde en besliskunde.

Protocolaire geneeskunde

Voor de laatste jaren bestaan er hooggespannen verwachtingen over de effecten van protocolaire geneeskunde op de kwaliteit van de hulpverlening. Ook verwacht men dat door het gebruik van protocollen onderlinge verschillen tussen huisartsen kleiner zullen worden.

Een protocol is een richtlijn of model van een juiste diagnostische en therapeutische benadering van een aandoening. Protocollen worden op dit moment vooral ontwikkeld en gebruikt om het werk van de huisarts te beoordelen of te evalueren zoals in het zojuist beschreven Nijmeegse onderzoek. Naast protocollen kent men in de geneeskunde beslisbomen en algoritmen (in een beslisboom worden alle mogelijkheden weergegeven die zich bij het diagnostisch therapeutisch handelen kunnen voordoen; een algoritme geeft aan welke mogelijkheid

het meest waarschijnlijk is en een protocol schrijft voor hoe te handelen) (Casparie, 1983; Vissers, 1983).

Uit de dissertatie van Van der Werf (1984) is af te leiden dat het gebruik van een medisch protocol pas zin heeft als men met een 'geneeskundig' probleem te maken heeft, dat wil zeggen een probleem waarover medische kennis beschikbaar is. In dat geval volgt het geneeskundig handelen logisch uit de wetenschappelijke kennis over dat probleem. Als er echter sprake is van een gezondheidsprobleem dat niet begrepen of verklaard kan worden vanuit medisch-wetenschappelijke termen en men beschouwt dit toch als een geneeskundig probleem dan leidt dit tot 'paradox handelen' (Van der Werf, 1984).

De ontwikkeling van protocollen voor de huisartsgeneeskunde is geen gemakkelijke zaak (De Haan en Hollenbeek Brouwer, 1982; Van Es, 1984a, 1984b; Gill, 1984). Wanneer namelijk wetenschappelijke kennis over een aandoening ontbreekt is men aangewezen op opvattingen van hulpverleners en moet men in onderling overleg tot een consensus zien te komen. Het gevaar bestaat dat dat uiteindelijk resulteert in een samengestelde verlanglijst van alle diagnosten en behandelaars (Duning, 1984).

Een beperking van protocollen blijft dat ze uitgaan van één ziekte met één effectieve behandeling. "De verwarrende multiple pathologie van bijvoorbeeld de bejaarde patiënt en het grillige beloop door interactie van diagnostiek, behandeling en natuurlijk beloop laten zich moeilijk tot 'rechte stammen buigen waaruit besliskundig hout kan worden gesneden', aldus Duning.

In de huisartsgeneeskunde begint de ontwikkeling van protocollen van de grond te komen - vooral als hulpmiddel bij onderlinge toetsing - maar dit verkeert nog in een pril stadium (Grol en Mesker, 1984). Ook in de vakliteratuur verschijnen incidenteel protocol beschrijvingen van bepaalde aandoeningen bijvoorbeeld van keelpijn en van rugklachten (Mesker, Mesker-Niesten en Mokking, 1982; Mesker-Niesten, Mokking, Mesker e.a., 1983). De auteurs vinden een grote kloof tussen de 'ideale' werkwijze in het protocol en de feitelijke werkwijze van huisartsen. Dit kan zowel liggen aan het feit dat het protocol niet voldoet of (nog) onvolledig is maar het lijkt ook plausibel "dat in vele contacten het handelen van de huisarts te kort schiet" aldus de auteurs. Zij benadrukken dat een protocol zeker niet als 'kookboek' gehanteerd kan worden in de huisartsgeneeskunde maar dat protocollen vooral aanleiding kunnen geven tot een kritische bezinning op het eigen handelen.

Dit laatste wordt ook door Gill beaamd. Wel stelt Gill dat protocol-

len onmisbaar zijn voor wetenschappelijk onderzoek én dat protocolontwikkeling zonder effectmeting een heilloze en zinloze zaak is. Dergelijk onderzoek naar de effecten van protocollaire geneeskunde en van intercollegiale toetsing op meso- of macroniveau is nog niet verricht (Raat en Goudriaan, 1985).

3.4. Opleiding, nascholing en toetsing

Opleiding

De beroepsopleiding tot huisarts is een éénjarige opleiding die gevolgd wordt na de opleiding tot 'basisarts'. De opleiding tot basisarts wordt verzorgd door de acht medische faculteiten en de huisartsenopleiding vindt plaats op de acht Universitaire Huisartsen Instellingen in Nederland. Deze opleiding bestaat pas sinds 1974. De opleidingseisen worden door het College voor Huisartsgeneeskunde bepaald. Sinds 1977 voltooien 400 à 500 personen jaarlijks de beroepsopleiding tot huisarts. De verwachting is dat dit aantal - en daarmee ook de werkloosheid onder huisartsen - de komende jaren zal stijgen als gevolg van het toenemend aantal arts-examens. Ook de wachttijden voor de huisartsenopleiding zullen dan ongetwijfeld nog langer worden. In paragraaf 2.1. is al vermeld dat de wachttijd ook op dit moment al aanzienlijk is, variërend van gemiddeld 15 maanden in Limburg tot gemiddeld 29 maanden in Utrecht (Hingstman, 1985a).

De duur van de huisartsenopleiding, slechts één jaar, wordt al jaren tekort geacht door het College voor Huisartsgeneeskunde (Van Geldorp, 1983). Volgens dit College is een driejarige opleiding nodig om alle taken uit het Basistakenpakket te kunnen beheersen en uitvoeren. Ook in andere Europese landen duurt de huisartsenopleiding twee tot vier jaar, in Finland en Zwitserland zelfs vijf jaar. Daarnaast maken de voorgenomen taakverschuivingen van specialist naar huisarts een langere opleiding noodzakelijk (Van Es, 1983b).

Bij het bespreken van het onderzoek naar de huisartsenopleidingen zullen we vooral ingaan op het overigens schaarse onderzoek naar het rendement van de opleiding en naar de medische competentie.

Van de overige onderzoeken, veelal gericht op het evalueren en bijsturen van de eigen opleiding, geven we alleen een aantal verwijzingen.

Dit laatste onderzoek wordt door bijna alle huisartseninstituten verricht, maar is doorgaans te specifiek voor deze overzichtsstu-

die. We noemen er een aantal: onderzoek naar attitudeverandering tijdens de opleiding is verricht door o.a. Franssen, Persoon en Veling (1982), Van Staveren (1983), Pool en Pool (1983) en Tielens en Grol (1984).

De manier waarop medisch studenten hypothesen vormen en problemen oplossen is onderzocht door o.a. Van Geldorp, Hoekman en Krol (1978) en Boshuizen en Claessen (1980, 1981, 1983). Pieters en Jacobs (1983) en Jacobs en Pieters (1984) keken naar de hulpverlening bij 'vage klachten' en Verdenius (1980) onderzocht de verloskundige vaardigheden van toekomstige huisartsen. Onderzoek naar de wensen van studenten ten aanzien van het studiepakket en de plaats van Medische Psychologie daarin is verricht door Bierkens, Boersma en Van Bakel (1984) en Van Bakel en Boersma (1984).

Het spreekt haast vanzelf dat deze lijst nog verder uitgebreid zou kunnen worden.

Van Leeuwen (1982, 1983) inventariseerde welke effectstudies naar het rendement van de opleiding en dus naar vakbekwaamheid van artsen in Nederland zijn verricht. Zij concludeert dat er in Nederland nooit systematisch onderzoek naar het 'rendement' van de verschillende huisartsenopleidingen is verricht en dat het evaluatie-onderzoek dat wel gedaan is in het bijzonder de 'valkuilen en struikelblokken' die onderzoekers tegenkomen aan het licht brengt maar nauwelijks iets zegt over de waarde van de beroepsopleiding tot huisarts. Dergelijk onderzoek is buitengewoon moeilijk en wordt belemmerd door het ontbreken van overeenstemming over de doelstellingen van de opleiding en over het gewenste eindniveau. Volgens het College voor Huisartsgeneeskunde biedt het Basistakenpakket en de nieuwe versie van 'Kenmerken van de Huisarts' (Van Es, De Melker en Goosmann, 1983) goede mogelijkheden om op dit moment tot uniforme einddoelen voor alle opleidingsinstituten te komen (Van Geldorp, 1983).

Uit de wat bredere evaluatie-studies (Kolthoff-Tan, 1979, 1980a, 1980b, 1980c, 1982a; Van der Voort en Sigling, 1981; Sigling en Van der Voort, 1981) en vooral ook de recente dissertatie van Metz (1984) komt een uiterst somber beeld naar voren, Metz spreekt zelfs van 'alarmerend' (p 277).

Alleen in het onderzoek van Metz wordt de medische competentie (van co-assistenten) door deskundigen geobserveerd en beoordeeld; de andere onderzoekers maken gebruik van vragenlijsten.

Sigling en Van der Voort vroegen onder meer alle huisartsen die in

de jaren 1974 t/m 1979 de huisartsenopleiding gevolgd hadden hun mening over de kwaliteit van de basisopleiding en de beroepsopleiding. Van de 172 huisartsen was 64,8% van mening dat de basisopleiding zonder meer een matige tot slechte medische opleiding is; dit percentage stijgt zelfs tot 85,5% bij de vraag hoe men de basisopleiding vindt als vooropleiding voor de beroepsopleiding. Sigling en Van der Voort concluderen dat hun onderzoeksresultaten een ondersteuning vormen van de Nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) in 1979 (Huygen, 1979), waarin scherpe kritiek op de kwaliteit van de basisopleiding werd geuit.

Hoofdpunten van kritiek waren:

- "dat de wetenschappelijke vorming onvoldoende is;
- dat teveel aan gedetailleerde feitenkennis maar te weinig aan veel voorkomende zaken en basale concepties wordt gewerkt;
- dat het onderwijs in algemene medische en sociale vaardigheden als regel te wensen over laat;
- dat het werken aan de vereiste attitude en persoonlijkheidsvorming tekortschiet" (Sigling e.a.)

Over de beroepsopleiding zijn de huisartsen in het algemeen meer tevreden al geeft men aan dat het totale onderwijspakket vooral 'méér' zou moeten bevatten en dan met name op het gebied van medisch-technische kennis en kunde. Dit stemt overeen met de eerdere bevindingen van Kolthoff-Tan. Ook zij concludeert dat ten eerste de basisopleiding onvoldoende op de praktijk (van de eerstelijnsgezondheidszorg) is toegesneden en dat ten tweede het onderwijsaanbod in de beroepsopleiding onvoldoende is om de 'eindnormen' te kunnen halen. Over deze 'eindnormen' blijken de meningen echter zelfs binnen één opleidingsinstituut zeer verdeeld te zijn. Het onderzoek van Kolthoff-Tan betreft uitsluitend de medisch-somatische aspecten in de opleiding, over de andere aspecten zijn geen gegevens verzameld.

Uit het onderzoek van Metz tenslotte blijkt dat het meten van medische competentie tot de mogelijkheden behoort al is dit verre van eenvoudig. In zijn dissertatie besteedt Metz veel aandacht aan de criteria waar competentiemetingen aan moeten voldoen. Op grond van deze analyse construeert hij een aantal meetinstrumenten die getoetst worden op een steekproef van 39 medisch studenten die in verschillende fasen van hun co-assistenten opleiding zijn. Van de vele interessante bevindingen geven we een korte samenvatting: De interne consistentie van de meeste geconstrueerde meetinstrumenten blijkt hoog te zijn behalve voor de auscultatie- en palpatie- opdrachten. Ook de inhoudsvaliditeit is hoog. Zoals bij veel onderzoek in de ge-

neeskunde blijkt echter ook hier de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laag te zijn. De overeenstemming tussen de oordelen van de vier huisartsen en de vier specialisten is wel significant maar blijft onder de .60.

In het onderzoek wordt geen samenhang gevonden tussen kennis en competentie. Ook is het opvallend dat er geen significante verschillen in competentie worden gevonden tussen studenten die in verschillende fasen van hun studie verkeren. Wat betreft het niveau van de 39 'uitvoerig doorgemeten' studenten concludeert Metz "dat het niveau van parate kennis onvoldoende blijkt te zijn, terwijl op het gebied van fundamentele klinische vaardigheden een groot aantal gebreken kan worden aangetoond. Dit kan worden gezien als een ondersteuning voor de juistheid van de door Huygen (1979) geuite kritiek op het medisch onderwijs" (Metz, p. 277).

Nascholing

Nascholing voor huisartsen is (nog) niet verplicht in Nederland, maar wordt in het algemeen wel als noodzakelijk beschouwd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hanteren als norm 40 uur georganiseerde nascholing per jaar terwijl de norm van het Overlegorgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde op 80 uur ligt met daarnaast evenveel tijd aan ongeorganiseerde nascholing (Van der Feen, 1985).

Het aanbod aan nascholingscursussen in Nederland vertoont een bonte verscheidenheid zowel wat betreft inhoud als vorm. Dergelijke cursussen worden verzorgd door de afdelingen Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde van de medische faculteiten (PAOH), door plaatselijke ziekenhuizen, door de Boerhaavecommissie en de Hoytemastichting, door de farmaceutische industrie etcetera etcetera.

De Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) vervult (met twaalf regionale functionarissen) een coördinerende rol.

Al enige jaren is een punt van discussie of nascholing verplicht gesteld moet worden zoals in een aantal landen het geval is, en of dit gekoppeld zou moeten worden aan sancties bij het niet volgen van nascholing (zoals in Amerika het geval is) of beloond met extra honorering (zoals bijvoorbeeld in Noorwegen). Volgens Van der Feen (1984b) kan een besluit hierover pas genomen worden als "door betrouwbaar onderzoek is aangetoond (....) dat verplichte nascholing leidt tot betere patiëntenzorg dan vrijwillige nascholing". Onder andere Van Es (1984c) en Post (1985a) pleiten vóór verplichte nascholing.

In de meeste publicaties over nascholing wordt gesteld dat evaluatie van nascholing (dringend) noodzakelijk is (Kooij, 1982; Van der Feen, 1984a) maar ook, dat dergelijk onderzoek moeilijk, tijdrovend en kostbaar is. Studies naar het rendement van nascholing zijn dan ook schaars in Nederland. De meeste evaluaties gaan over de satisfactie van de deelnemers en over wensen ten aanzien van volgende cursussen. We laten deze aspecten buiten beschouwing; (zie onder andere Bender en Middelbeek, 1979; Bouhuijs en Beusmans, 1981). Bouhuijs en Beusmans (1983) onderzochten de effecten op lange termijn van 2 Warffum-cursussen (totaal 42 deelnemers) door de artsen een half jaar na afloop van de cursus te interviewen over wat ze geleerd hadden en wat ze daarvan in praktijk hadden gebracht. Uit de antwoorden blijkt globaal dat men ongeveer de helft van het geleerde beschouwt als een bevestiging van de eigen werkwijze en dat men voor wat betreft de andere helft de werkwijze heeft aangepast. In hoeverre dit laatste ook werkelijk is gebeurd is in het onderzoek niet getoetst. Ook in twee kleinschalige observatie-onderzoekingen worden effecten van nascholing gevonden. In het al eerder genoemde onderzoek naar Methodisch Werken vond Hageman-Smit (geringe) effecten in de gewenste richting. En ook Bensing en Sluijs (1984) constateerden dat de gesprekstijl van huisartsen (N=6) veranderd was na een gesprekst raining.

Van der Feen rapporteert over een grootschaliger evaluatie-onderzoek van 19 Warffum-cursussen met in totaal 465 deelnemers. Naast enquêtes onder alle deelnemers werden bij 3 tot 4 deelnemers per cursus interviews afgenomen, ongeveer 6 weken na de cursus. Uit de gegevens blijkt dat niet alle cursussen of cursusedelen tot verandering in werkwijze leidden: één cursus gaf aanleiding tot een groot aantal veranderingen, van tien cursussen wordt een 'vrij' groot aantal veranderingen gemeld en van acht cursussen een beperkt aantal. Door vrij grote individuele verschillen tussen de artsen is verder concretisering van de gegevens niet goed mogelijk, aldus Van der Feen. Op grond van de resultaten acht Van der Feen het waarschijnlijk dat Warffum-cursussen tot een verbetering van de kwaliteit van het handelen van huisartsen leiden.

Toetsing

Hoewel er een theoretisch onderscheid bestaat tussen nascholing en 'toetsing' is dat onderscheid in de praktijk afwezig. Onder 'toetsing' verstaat men het beoordelen of de 'werkelijkheid' overeenkomt met gestelde normen. Vervolgens is het de bedoeling dat de werkelijkheid bijgesteld wordt in de richting van de gestelde normen bij-

voorbeeld door middel van nascholing (Kolthoff-Jan, 1982b, 1982c). Beide elementen zijn echter nauwelijks van elkaar te scheiden in de Nederlandse vormen van intercollegiale toetsing (Van den Rijdt-van de Ven, Touw en De Groot, 1983).

De afgelopen jaren is op veel plaatsen met vormen van toetsing geëxperimenteerd (zie onder andere Bremer, 1981a; Lamberts, 1981a) en zijn toetsingsmethoden ontwikkeld door onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) (Grol, Mesker, Van der Rijdt e.a., 1984).

Het belangrijkste verschil tussen de methoden is de mate waarin normen voor het handelen vooraf vastgesteld zijn. Binnen het NHG zijn draaiboeken ontwikkeld voor onderlinge praktijkobservatie waarbij het accent ligt op de structuurtoetsing (onder andere praktijkvoering en -organisatie) (Van der Voort, 1980; Commissie Toetsing van het NHG, 1984). 'Normen' voor een goede werkwijze worden binnen de groep vastgesteld evenals dat gebeurt bij de NHI-methode (De Groot, Van der Rijdt-van de Ven en Touw, 1983; Van der Rijdt-van de Ven, Touw en De Groot, 1983, 1984, 1985).

Op het NUHI daarentegen zijn de normen vooraf in protocollen vastgelegd (Grol en Mesker 1982, 1983a, 1983b, 1984).

Alle hier genoemde publicaties beschrijven de ontwikkeling van de toetsingsmethode, het uitproberen van de methode in een klein aantal experimentele toetsingsgroepen en op grond daarvan de bijstelling van de methode. In het algemeen vermeldt men positieve ervaringen met de toetsingsgroepen maar wordt benadrukt dat een veilig groeps-klimaat en een gestructureerd programma belangrijke voorwaarden zijn voor het goed functioneren van een groep. Studies naar het 'rendement' van onderlinge toetsing zijn op dit moment nog niet verricht; het stadium waarin toetsing op dit moment verkeert maakt dit ook nog niet mogelijk.

Een recente ontwikkeling is de integratie van georganiseerde nascholing en toetsing. De bedoeling hiervan is om gerichte nascholing te gaan organiseren rond die thema's waar in de toetsingsgroepen behoefte aan blijkt te bestaan (Blanken en Schadé, 1984; Beusmans, 1985).

4. DE ARTS/PATIËNT RELATIE

De relatie tussen arts en patiënt moet wel belangrijk zijn als we afgaan op de vele publikaties over dit onderwerp.

Bij geen van de andere hulpverleners in de eerstelijns is dat het geval. De reden voor deze belangstelling ligt in het feit dat algemeen wordt aangenomen dat een betere arts/patiënt relatie tot een betere hulpverlening leidt. Het hanteren van deze relatie is dan ook een wezenlijk onderdeel van de in paragraaf 3.3 besproken nieuwe hulpverleningsmethoden.

Volgens Pierloot en Verhaest (1982) heeft deze relatie vooral invloed op de volgende aspecten:

- het verkrijgen van alle relevante informatie van de patiënt waardoor een betere probleemdefiniering mogelijk is;
- de overdracht van informatie en instructies aan de patiënt;
- de compliance van de patiënt (dit is het volgen van de voorgeschreven behandeling);
- de tevredenheid van de patiënt.

Onderzoek naar de effecten van de relatie op de bovengenoemde aspecten is echter buitengewoon complex en vergelijkbaar met de complexiteit van bijvoorbeeld onderzoek waarin het resultaat van psychotherapie wordt geëvalueerd (Pierloot e.a.). Het meeste onderzoek verkeert dan ook nog in het stadium van beschrijven, operationaliseren en meten van relevant geachte variabelen.

We hebben de onderzoeken in drie groepen ingedeeld die we achtereenvolgens zullen bespreken:

- onderzoek naar problemen die artsen ervaren in contacten met patiënten;
- onderzoek naar de houding en de gespreksvoering van huisartsen;
- onderzoek waarbij zowel naar de huisarts als naar de patiënt is gekeken.

Door de Vakgroepen Medische Psychologie en de Universitaire Huisartsen Instituten wordt veel geschreven over de problemen die artsen in opleiding ervaren in contacten met patiënten.

In de bundel 'Arts/patiënt relaties' (Pierloot, 1981) worden deze - vaak ernstige - problemen door onder andere Schouten en De Groot (1981) beschreven en doen verschillende auteurs suggesties voor verbetering van de opleiding (Wijma, 1981; Van Dalen en Phaff, 1981; zie ook Boersma en van Bakel 1984).

De problemen die huisartsen ervaren in contacten met patiënten zijn door Brouwer (1983) geïnterviewd in navolging van een Engels onderzoek door Pendleton en Jaspars. Brouwer vergeleek de problemen van 33 arts-assistenten met die van hun opleiders en komt tot de volgende conclusies.

Zowel opleiders als assistenten ondervinden in ruim 20% van de consulten problemen in het contact met de patiënt. De problemen worden vooral toegeschreven aan onenigheid met de patiënt over de wederzijdse rolverdeling en dit speelt vaak in situaties waarin de patiënt iets probeert af te dwingen (bijvoorbeeld een verwijzing). (Ook Kimsma en Ten Have (1984) wijzen op dit rivaliteitsaspect in de arts/patiënt relatie). Deze problemen worden vaker door de assistenten gerapporteerd. De opleiders schreven meer problemen toe aan het niet of moeilijk tot een diagnose kunnen komen. Veel problemen werden ook toegeschreven aan taalverschillen met patiënten. Opmerkelijk is dat de artsen in slechts 3% van de gevallen de oorzaak bij zichzelf zoeken.

In een onderzoek van Sanavro (1982) blijken artsen vooral problemen te hebben met patiënten die 'zeuren', 'somatiseren', 'veel klagen' en zich erg afhankelijk van de arts opstellen. Problemen met agressie of autoritaire patiënten komen veel minder vaak voor.

Gespreksvoering

In de onderzoeken wordt de arts/patiënt relatie niet zozeer in verband gebracht met de hiervoor genoemde problemen maar veel meer met het opsporen en behandelen van psychosociale aspecten bij somatische klachten. Het meeste, doorgaans psychologisch getinte, onderzoek is gericht op de houding en vooral ook op de gespreksvoering van de arts.

In de video-observatie onderzoeken van Bensing en Verhaak (1980, 1982) wordt het begrip 'ruimte voor de patiënt' geïntroduceerd. Dit begrip staat voor 'de kansen die een patiënt in het gesprek krijgt om datgene naar voren te brengen wat hem werkelijk dwars zit'.

De auteurs onderzoeken vervolgens welke gedragingen van de arts er toe leiden dat psychosociale achtergronden van klachten in het consult besproken worden. De belangrijkste factor blijkt de gespreksstijl van de arts te zijn en met name het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen en het doorvragen op onderwerpen die al ter sprake zijn. De affectieve houding van de arts blijkt - in tegenstelling tot de verwachtingen - geen rol van betekenis te spelen.

Naar aanleiding van deze resultaten werd geprobeerd om de gespreks-

stijl van de arts gedetailleerder te meten met het door Byrne en Long (1976) ontwikkelde meetinstrument. Wanneer men de gespreksvoering van de arts observeert aan de hand van de 50 gesprekscategorieën in het systeem is het volgens Byrne en Long mogelijk de 'patiëntgerichtheid' van de arts in een cijfer uit te drukken. Uit een herhalingsonderzoek door Buijs, Sluijs en Verhaak (1984) blijkt dat het instrument waardevol is om de verschillende gespreksstijlen van artsen nauwkeurig te registreren maar dat de cijfers voor de patiëntgerichtheid van de arts niet bruikbaar en niet valide zijn.

Bensing en Sluijs (1984) onderzochten of de hiervoor besproken meetinstrumenten nauwkeurig genoeg zijn om de effecten van nascholing te meten. Zij vergeleken 187 video-opnames van zes huisartsen voor en na een gesprekstraining en constateren inderdaad veel veranderingen in de gewenste richting. Echter slechts bij één arts leidde dit ook tot het bespreken van meer psychosociale problemen in de consulten. Ook in het nog lopende onderzoek van Verhaak wordt gekeken naar de gespreksstijl en aandacht van de arts, naar de inbreng die de patiënt krijgt en naar een systematische werkwijze. Het blijkt dat deze vier aspecten onderling hoog samenhangen en samenhangen met het opmerken en behandelen van psychosociale problemen.

Deze werkwijze komt meer voor bij huisartsgeneeskundig dan bij klinisch georiënteerde huisartsen en blijkt een tamelijk stabiel kenmerk te zijn: huisartsen die op een dergelijke wijze met patiënten praten doen dat niet alleen bij psychosociale maar ook bij somatische problemen.

In de gespreksanalyses van Themans (1979, 1982) staat het begrip 'loven en bieden' centraal. Zijn analysemodel wordt in de huisartsenopleiding in Rotterdam gebruikt. Ook ten behoeve van de opleiding ontwikkelden Kocken en Van Til (1981a, 1981b) gespreksmodellen voor huisartsen. Zij stellen dat huisartsen niet alleen toekunnen met het 'diagnose-recept' model maar verschillende technieken moeten kunnen beheersen, iets wat ook door Thomassen en Woltring (1982) benadrukt wordt. Thomassen en Woltring analyseren 80 consultgesprekken en constateren dat de patiënt weinig invloed heeft op het verloop van het gesprek en dat onderwerpen die de patiënt op eigen initiatief ter sprake brengt vaak door de arts worden genegeerd. Dit betreft dan vooral achtergrondinformatie over de klachten waarvan echter juist algemeen wordt aangenomen dat deze grote betekenis heeft voor een goed inzicht in de hulpvraag van de patiënt.

In de onderzoekingen van Van Dorp (1977), Hulshof, Dijkhuis, Theunissen e.a. (1982) en Mokkink, Smits en Grol (1982) wordt de ge-

sprekvoering getoetst aan vooraf gestelde normen. Van Dorp beschrijft in zijn dissertatie 70 interviewtechnieken en geeft aan in welke situaties een bepaalde techniek juist wel of juist niet gebruikt moet worden. Vervolgens ontwikkelt hij observatieinstrumenten waarmee de gesprekvoering van 32 artsen en semi-artsen beoordeeld wordt om te toetsen of de indicaties en de contra-indicaties kloppen. Dit laatste blijkt bij ongeveer de helft van de technieken het geval te zijn. Het onderzoek van Van Dorp is een eerste aanzet tot het analyseren van de doelmatigheid van interviewgedrag. De waarde van het proefschrift ligt vooral in de definities van de interviewtechnieken en de ontwikkelde meetinstrumenten. Overigens stelde Van Dorp vast dat slechts 8 van de 32 artsen in staat waren essentiële informatie te krijgen over de psychosociale problemen van de (simulatie) patiënten.

Hulshof e.a. beoordeelden hoe patiënt- en probleemgericht huisartsen te werk gingen in totaal 100 consulten. Zij hanteerden daarbij vijf criteria waaraan volgens hen iedere huisarts in elk consult zou moeten voldoen. Het blijkt dat vooral in consulten met meerdere klachten niet aan de criteria voldaan wordt. Daarnaast valt op dat de handelende artsen veel minder klachten registreren dan de observatoren (respectievelijk 160 en 223). Dit sluit aan bij de bevindingen van Verhaak (1984a).

In de al eerder besproken onderzoekingen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt als criterium gehanteerd het al of niet bijdragen aan processen van somatische fixatie. Er moet daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen de **opvatting** van de arts over de arts/patiënt relatie en het werkelijke **geobserveerde** gedrag. De **opvattingsschaal** die de onderzoekers gebruiken meet de mate waarin huisartsen bereid zijn de verantwoordelijkheid met de patiënt te delen. Artsen met een dergelijke attitude blijken veel informatie en uitleg aan de patiënt te geven maar deze houding blijkt ook samen te gaan met te veel medisch-technisch handelen en met niet-specifiek voorschrijven (dit is het voorschrijven van geneesmiddelen waarvan de noodzaak ter discussie staat) (Grol, 1983c, p. 122).

Bij het **observeren** van de arts/patiënt relatie wordt vooral gekeken naar gedragingen als actief luisteren, de patiënt serieus nemen en stimuleren, duidelijke informatie geven, etcetera. Zoals al gezegd liet de betrouwbaarheid van deze beoordelingen te wensen over en de onderzoekers wijten dit aan het gebruik van audio-banden waardoor de non-verbale communicatie onzichtbaar blijft (Mokkink, Smits en Grol, 1982).

Uit de analyse van 815 spreekuurcontacten van 57 huisartsen blijkt

dat huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt en hun handelen meer expliciteren adequater reageren op de naar voren gebrachte klachten (Smits, Mokkink, Grol e.a. 1985). De auteurs stellen dat "het openstaan voor de inbreng van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde is om adequate informatie te verzamelen, zeker als het gaat om persoonlijke belevingen en gedachten van de patiënt in relatie tot zijn klachten. Het bespreken van dergelijke informatie stelt eisen aan de relationele vaardigheden van de huisarts" (p. 123).

Grol, Mokkink, Smits e.a. (1984) vinden overigens ook dat de hiervoor beschreven adequate werkwijze samenhangt met veel prettige en tevreden gevoelens van de arts over zijn werk, maar wat hierbij oorzaak en wat gevolg is is niet duidelijk.

Smits, Beek, Laseur e.a. (1983) onderzoeken in hetzelfde project of de sexe van de patiënt invloed heeft op de arts/patiënt relatie. In Engelse literatuur wordt wel gewezen op vooroordelen van mannelijke artsen tegenover vrouwelijke patiënten. De onderzoekers vinden slechts kleine verschillen in het gedrag van de arts tegenover mannelijke of vrouwelijke patiënten. Vrouwen worden iets meer dan mannen gestimuleerd om actief mee te denken in het consult en aan vrouwen wordt ook iets meer informatie gegeven. Dit geldt vooral bij psychosomatische klachten. Bij meer objectieve klachten worden vrouwen iets minder serieus genomen dan mannen en is de huisarts geneigd meer psychosociale aspecten bij de klacht te betrekken.

Onderzoek naar de arts/patiënt relatie waar ook de mening van de patiënt bij betrokken wordt is onder andere verricht door Bergsma en Flohr (1982). De onderzoekers observeerden 130 consulten van 6 huisartsen en namen vervolgens bij 70 van de betrokken patiënten een interview over het consult af. Hoewel 70% van de patiënten in eerste instantie zei tevreden over de huisarts te zijn (in de meeste onderzoeken ligt dat percentage overigens nog veel hoger, zie ook Warmenhoven in deze bundel) bleek bij doorvragen 85% van de patiënten punten van kritiek te hebben. De kritiek had betrekking op het feit dat de arts weinig had doorgevraagd, te weinig lichamelijk onderzoek had verricht en in het algemeen aan veel meer dingen aandacht had moeten besteden. Desondanks viel het eindoordeel van de patiënten doorgaans positief uit omdat patiënten zichzelf de schuld geven omdat ze ook niet om dat 'méér' gevraagd hebben. Opvallend is ook volgens Bergsma (1984) de grote en consequente discrepantie tussen dat wat thuis en dat wat in de spreekkamer wordt verteld. Algemeen

is de ervaring van patiënten dat men in de spreekkamer te berde heeft gebracht wat door de arts is uitgelokt. Deze dezelfde discrepanties worden, zij het in minder sterke mate, door Hageman-Smit (1979) gevonden. De resultaten van het onderzoek van Ijzermans van Van Amstel (1979) wijzen in dezelfde richting: de door Ijzermans geënuquêteerde huisartsen bleken doorgaans wél van de somatische problemen van patiënten op de hoogte te zijn maar in veel mindere mate van de psychosociale problemen. De artsen zelf hadden echter de indruk dat zij veel beter op de hoogte waren dan in werkelijkheid het geval was.

Van der Ploeg en Sanavro (1982) onderzochten of de arts/patiënt relatie van invloed was op de medische consumptie van patiënten. Aan 110 patiënten werd de opvatting over deze relatie gevraagd met behulp van de vragenlijsten van Cassee (1973). De medische consumptie werd op twee manieren gemeten, enerzijds door gedurende het winterseizoen om de 14 dagen aan de patiënten te vragen of men last had gehad van griepigheid en of men daarvoor naar de huisarts was gegaan; anderzijds door vast te stellen hoe vaak de patiënt in het jaar voorafgaand aan het onderzoek, de huisarts had bezocht. Uit de resultaten blijkt dat er nauwelijks een samenhang te vinden is tussen de kwaliteit van de arts/patiënt relatie en de medische consumptie (verklaarde variantie is 3%).

Wel is de VOEG-score (Vragenlijst Onderzoek naar de Ervaren Gezondheidstoestand) een belangrijke voorspeller van medische consumptie maar daar wordt in het volgende hoofdstuk uitgebreid op ingegaan. Overigens maken de onderzoekers enig voorbehoud over hun bevindingen omdat hun onderzoek slechts twee huisartsen betreft.

Tot slot vermelden we een (kleinschalig) onderzoek naar de invloed van de arts/patiënt relatie op de compliance van de patiënt. Verhoeven (1984) onderzoekt in hoeverre hypertensiepatiënten uit vier huisartspraktijken voor een jaarlijkse controle terugkwamen bij de Philips Medische Dienst in Eindhoven. Ook hij gebruikt de vragenlijsten van Cassee om de opvattingen van de patiënten over de arts te 'meten'. Verhoeven constateert veel non-compliance bij de hypertensiepatiënten maar vindt geen samenhang tussen compliance en de arts/patiënt relatie. Het lijkt de moeite waard om dit onderwerp nader te bestuderen, te meer omdat in het algemeen wordt aangenomen dat deze relatie wel invloed op de therapietrouw van patiënten heeft.

5. GEBRUIK VAN HUISARTSGENEESKUNDIGE ZORG

Sommige mensen gaan veel en anderen zelden of nooit naar de dokter. Het verklaren van die verschillen vormt al jarenlang een uitdaging voor menig onderzoeker. In het algemeen wordt aangenomen dat vele factoren van invloed zijn op iemands gang naar de dokter. Vanzelfsprekend neemt de gezondheidstoestand daarbij de belangrijkste plaats in. Daarnaast wordt aangenomen dat niet alleen (kenmerken van) patiënten maar ook het aanbod van voorzieningen grote invloed heeft op het gebruik ervan. Dat die invloed echter moeilijk aan te tonen is zal uit het komende overzicht blijken.

We hebben in dit hoofdstuk de indeling in de vraagkant en de aanbodkant aangehouden: eerst bespreken we de onderzoeken waarin kenmerken en opvattingen van patiënten centraal staan en vervolgens de onderzoeken waarin de medische consumptie in verband gebracht wordt met kenmerken van de huisarts en van de praktijkorganisatie en bespreken we de invloed van financiële regelingen zoals verzekeringsvorm en 'eigen bijdrage'. We beperken ons tot de medische consumptie bij de huisarts. Gegevens over de algehele gezondheidstoestand van de bevolking laten we in dit hoofdstuk buiten beschouwing. Deze worden in een aparte bijdrage over morbiditeit en mortaliteit door A.I.M. Bartelds behandeld.

5.1. Kenmerken van patiënten en medische consumptie

In veel onderzoeken wordt geanalyseerd welke patiëntengroepen veel en welke weinig naar de dokter gaan. De gegevens worden veelal ontleend aan de Gezondheidsenquêtes, de Leefsituatie-onderzoeken (LSO 1977, 1979) en het Proefonderzoek Medische Consumptie (POMC, 1979) allemaal afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Uit alle gegevens blijkt dat doktersbezoek en medicijngebruik sterk samenhangt met de leeftijd. Vanaf 15 tot 20 jaar neemt het aantal aandoeningen, het doktersbezoek en het medicijngebruik lineair toe met de leeftijd. Voor die leeftijd is het omgekeerde te zien, aanvankelijk veel huisartscontacten met baby's en peuters en dan sterk afnemend tot ± 15 jaar.

Lamberts (1982) berekende in zijn monitoringproject dat van alle contacten (N=16863) 30% besteed wordt aan 45-65 jarigen en 26% aan personen boven de 65 jaar, terwijl deze laatste groep slechts 15% van de praktijkpopulatie uitmaakt.

Ondanks het feit dat vrouwen langer leven dan mannen hebben vrouwen een slechtere gezondheid, meer chronische aandoeningen (Voorn, 1983) en bezoeken zij vaker de huisarts dan mannen. Daarnaast hebben vrouwen in de leeftijd van 18 tot 45 jaar een veel grotere kans op doktersbezoek vanwege anticonceptie, zwangerschap en bevalling (zie ook Luijckx, 1985a). Luijckx vindt echter geen verschillen tussen mannen en vrouwen in doktersbezoek voor psycho-sociale problemen, voor kleine somatische aandoeningen en voor ernstige somatische aandoeningen (Luijckx, 1985a, b, c, d).

Werklozen gaan niet vaker naar de dokter dan werkenden. Verkley, Spruit, Bastiaanse e.a. (1984) en ook Luijckx (1985d) vinden in hun onderzoekingen dat werklozen zelfs minder naar de dokter gaan dan werkenden ondanks het feit dat zij iets meer lichamelijke gezondheidsklachten hebben dan werkenden en vooral meer psychische en malaise-klachten. Werklozen benadrukken echter zelf vooral de materiële problemen en zoeken daarvoor in eerste instantie hulp buiten de gezondheidszorg.

Mensen in de WAO hebben vanzelfsprekend meer doktersbezoeken dan werklozen of werkenden.

Wat betreft de burgerlijke staat worden geen opvallende verbanden gevonden. Het ongehuwd zijn op zich leidt niet tot meer doktersbezoek. Wel het gescheiden zijn. Ook de gezinsfase blijkt weinig invloed te hebben. Wat wel invloed heeft is de gezinsgrootte. Kinderen uit grote gezinnen gaan minder vaak naar de dokter (Kuyvenhoven en Touw-Otten, 1978).

Ook vinden Kuyvenhoven e.a. een verschil tussen agrarische, autochtone- en forensengezinnen: agrarische gezinnen raadpleegden minder vaak de dokter dan de overigen.

Mensen met een lage opleiding, een lage sociaal economische status en een lager inkomen (3 variabelen die vaak samengaan) gaan vaker naar de dokter, gebruiken meer medicijnen op recept en hebben meer aandoeningen dan mensen uit hogere sociaal economische klassen.

Van der Zee (1985) onderzocht met behulp van gegevens uit de Engelse National Morbidity Surveys hoe nu precies de relatie tussen de prevalentie van aandoeningen (of althans de presentatie aan de huisarts) over de sociale klassen was verdeeld. Lang niet alle aandoeningen vertonen een rechtlijnig verband met 'klasse' als dit wel het geval is, is de relatie inderdaad meestal negatief (hoe lager de maatschappelijke herkomst hoe vaker de aandoening aan de huisarts wordt voorgelegd) behalve bij 'hooikoorts'. Dit komt bij de hogere klassen vaker voor.

De duidelijke meerconsumptie en slechtere gezondheid van zieken-

fondsverzekerden vergeleken met particulier verzekerden komt in de volgende paragraaf aan de orde.

Verklaringen voor verschillen in medische consumptie

Naast bovengenoemde beschrijvingen van verschillen in medische consumptie zijn er veel studies gericht op het verklaren van deze verschillen. Genoemd kunnen worden de dissertaties van Van Eijk (1979), Neven (1980), Ormel (1980), Van der Ploeg (1980), Mootz (1981) en Van der Zee (1982) en vele andere onderzoeken die we kort zullen bespreken. De oudere studies van Cassee (1973), Jessen (1974) et cetera blijven buiten beschouwing omdat die in de recente dissertaties uitvoerig aan de orde komen. Van der Zee onderzoekt de 'Vraag naar diensten van de huisarts' aan de hand van de gegevens van het Leefsituatie-onderzoek 1977. Hij wijst erop dat dergelijke gegevensbestanden, hoewel ze vaak voor dit soort verklarend onderzoek gebruikt worden, in feite minder geschikt zijn omdat daarin geen gegevens over de aanbodkant zijn opgenomen én omdat daarin vaak geen onderscheid is gemaakt tussen doktersbezoek op initiatief van de patiënt of van de arts. De meerderheid van de contacten bestaat namelijk uit herhalingscontacten waar niet de patiënt maar de arts via zijn wijze van terugbestellen grote invloed op heeft.

Van der Zee maakt in zijn verklaringsmodel een onderscheid tussen gezondheidstoestand en klaaggenoeidheid. In de oudere onderzoeken blijkt namelijk steeds weer dat doktersbezoek bijna uitsluitend en alleen bepaald wordt door iemands gezondheidstoestand, maar volgens Van der Zee ligt dat aan de manier waarop de gezondheidstoestand gemeten wordt: doorgaans via scores op klachtenlijsten. Zijn onderzoeksresultaten tonen inderdaad aan dat scores op deze klachtenlijsten (de VOEG) zowel beïnvloed worden door iemands gezondheidstoestand maar ook door neurotische of emotionele labiliteit. Wat de gezondheidstoestand betreft (gemeten door het aantal chronische aandoeningen) vindt Van der Zee de in het eerste deel van dit hoofdstuk beschreven verbanden. De emotionele labiliteit, oftewel de neiging om te klagen, blijkt sterk met iemands gezondheidstoestand samen te hangen, maar hij vindt ook omgekeerde relaties bijvoorbeeld met leeftijd: ouderen zijn minder gezond maar klagen toch minder. Daarnaast vindt hij meer klachten bij gescheiden personen, werklozen en bij mensen die minder goed in hun sociale omgeving geïntegreerd zijn of onkerkelijk zijn. Interessant is dat sommige personen meer lichamelijke klachten (op de VOEG) aangeven dan op grond van hun gezondheidstoestand en neurotische labiliteit voorspeld wordt. Dit geldt voor 'jongeren', 'vrouwen' en voor '**niet** gescheiden' of verweduwde

personen. Een verklaring voor dit verschijnsel is in het materiaal niet te vinden.

Mootz (1981) onderzocht in hoeverre 'consumptiegeneigdheid' van patiënten bepaald wordt door de aard van de ziekte en welke invloed gezinsleden of kennissen hebben op iemands neiging om naar de dokter te gaan. Ze vergelijkt drie groepen patiënten met een chronische aandoening (hartinfarct, diabetes en psoriasis) en betreft in haar onderzoek alleen doktersbezoeken op initiatief van de patiënt. Tegen haar verwachting in vindt Mootz dat de 'consumptiegeneigdheid' niet afhankelijk is van de aard van de aandoening: ze vindt in dat opzicht geen verschillen tussen de drie groepen patiënten. Evenmin vindt zij een samenhang tussen consumptiegeneigdheid en persoonskenmerken zoals geslacht, burgerlijke staat etcetera. Wel blijkt de werkelijke medische consumptie voor 28% verklaard te worden door iemands consumptiegeneigdheid.

Het onderzoek van Mootz laat zien dat inderdaad andere factoren dan alleen gezondheidstoestand een rol spelen in doktersbezoek en dat deze invloeden alleen boven water komen als andere variabelen constant worden gehouden. Uit het onderzoek blijkt ook dat de directe naasten van de patiënt invloed hebben op diens gang naar de dokter. Het is echter niet zo dat meer verleende hulp tot minder consumptie leidt. Consumptiegeneigdheid heeft ook invloed op het raadplegen van alternatieve genezers en, tot de verrassing van de auteur, gaat dit samen met een 'uitgesproken positieve attitude tegenover de eigen arts' (maar weinig vertrouwen in de traditionele medische zorg).

Van der Ploeg vindt in zijn onderzoek minder opvallende verbanden tussen 'consumptiegeneigdheid' en doktersbezoek. Hij onderzoekt de invloed van persoonlijkheidsfactoren en hanteert daarbij een indeling in zogenoemde 'kleinverbruikers' en 'grootverbruikers'. Alleen bij deze laatste groep vindt hij een geringe samenhang tussen persoonlijkheidsfactoren en doktersbezoek.

In de onderzoekingen van Van Eijk en van Ormel worden persoonlijkheidsfactoren niet zozeer in verband gebracht met medische consumptie maar in de eerste plaats met het ontstaan van ziekte. Bij Van Eijk staat het begrip 'probleemoplossend' vermogen centraal. Hij onderzoekt welke invloed levensgebeurtenissen hebben op het ontstaan van ziekte en wat daarbij de rol is van iemands probleemoplossend vermogen. Uit zijn onderzoek blijkt dat dit laatste inderdaad een rol speelt bij het ontstaan van ziekte maar dat er ook belangrijke

invloeden uitgaan van kenmerken als sociale klasse, gezinsgrootte, gezinsfase etcetera. Hij vindt over het algemeen vrij complexe samenhangen. Opvallend is dat van ernstige levensgebeurtenissen niet per definitie een negatieve maar soms ook een positieve invloed uitgaat, zoals versterking van iemands probleemoplossend vermogen. Hij vindt bijvoorbeeld dat na het optreden van een ernstige acute ziekte in het gezin niet alleen vaker een toename maar ook vaker een afname van ernstige klachten plaatsvindt in vergelijking met een controle-groep. Voor meer interessante details verwijzen we naar het proefschrift.

Levensgebeurtenissen staan ook in het onderzoek van Ormel centraal. Ormel onderzoekt of een moeilijk leven de verklaring vormt voor onwelbevinden, klachten en medische consumptie, of dat de manier waarop iemand daarmee omgaat belangrijker is. Uit zijn resultaten blijkt dat prettige en onprettige gebeurtenissen (die zich gedurende één jaar in iemands leven hebben voorgedaan) niet veel invloed hebben op gevoelens van welbevinden of onwelbevinden. Dit geldt vooral voor de gebeurtenissen waar de persoon zelf geen enkele invloed op had. Neuroticisme-scores blijken een vrij stabiel karakter te hebben. Het zijn vooral verschillen in belastbaarheid en weerbaarheid die verschillen in welbevinden tussen mensen verklaren. In zijn onderzoek vindt Ormel drie groepen met een relatief moeilijk leven: mensen met een lage opleiding, WAO'ers en werklozen. In zijn materiaal vindt hij geen bevestiging van het idee dat ook ouderen, alleenstaanden, mensen in grote steden en vrouwen in dit opzicht een risicogroep zouden vormen.

We besluiten deze paragraaf met de opmerking dat het vinden van invloeden op medische consumptie los van de gezondheidstoestand in hoge mate afhankelijk is van de gekozen onderzoeksopzet.

5.2. Invloeden van aanbod en verzekeringsvorm op medische consumptie

Veel onderzoekers hebben zich bezig gehouden met de verschillen in medische consumptie tussen particulier verzekerden en ziekenfonds-verzekerden. Daarnaast is de laatste jaren veel geschreven over het effect van de 'eigen bijdrage' op het medicijngebruik. Voordat we deze onderwerpen bespreken kijken we eerst naar de onderzoekingen waarin de praktijkorganisatie en de bereikbaarheid van de praktijk centraal staan.

Aanbod en medische consumptie

Neven (1980) onderzocht of de wijze van praktijkvoering invloed heeft op de beslissing van de patiënt om de huisarts te raadplegen. Hij is vooral geïnteresseerd in 'inadequaat uitstelgedrag' (mensen die niet op tijd naar de dokter gaan). Zijn onderzoek vindt plaats in 22 huisartspraktijken bij 2200 patiënten.

Niet verwonderlijk blijkt dat de urgentiegraad van de klacht de grootste invloed heeft op het al dan niet naar de dokter gaan. Personen die een bezoek aan de huisarts langer uitstellen zijn vrouwen, ouderen, hoger opgeleiden, plattelandsbevolking en mensen die meer ervaring met een klacht hebben. Neven vindt geen verschillen tussen associatie- of solopraktijken en evenmin een invloed van praktijkgrootte. Wel stellen patiënten een bezoek aan de dokter langer uit als er geen afspraak- maar een vrij spreekuur is en als hun huisarts meer klachten 'psychisch' vindt. Uit het onderzoek van Van der Ende en Groot (1982) blijkt overigens dat patiënten een bezoek voor psychische klachten veel langer uitstellen dan een bezoek voor somatische klachten. Deze auteurs onderzoeken echter niet de invloed van arts of praktijk.

Van der Zee (1982), die in het tweede gedeelte van zijn proefschrift de invloed van aanbodfactoren op de vraag naar diensten van de huisarts met behulp van Engelse gegevens uit het tweede National Morbidity Survey analyseert, vindt dat contacten op initiatief van de patiënt niet door praktijkomvang worden beïnvloed, maar contacten op initiatief van de huisarts wel. Ook vindt hij dat (Engelse) solopraktijken een lagere drempel voor de patiënt hebben, dan meermanspraktijken. Bij solopraktijken ligt zowel het aantal contacten op initiatief van de patiënt als op initiatief van de huisarts stelselmatig hoger dan bij meermanspraktijken.

De invloed van de afstand tot de praktijk op het doktersbezoek is onderzocht door Sanavro (1984) en Van Sonsbeek (1984) kijkt naar de invloed van reistijd en vervoerswijze. Sanavro vindt (in de regio Breda) een negatief verband tussen de afstand tot de praktijk en het doktersbezoek. Het verschil is echter klein en geldt niet voor mannelijke patiënten, particuliere patiënten en chronische patiënten. Van Sonsbeek analyseert de gegevens van het Proefonderzoek Medische Consumptie en van de Continue Gezondheidsenquêtes uit 1981 en 1982 en constateert dat er geen verband tussen reistijd en doktersbezoek te vinden is, noch bij eerste contacten, noch bij herhalingscontacten. Ook de wijze van vervoer blijkt geen invloed te hebben. Wanneer

niet alleen de reistijd maar de totale tijd van het bezoek in de analyse wordt betrokken vindt hij evenmin een verband met de frequentie van doktersbezoek. Hij concludeert dat de huisarts in Nederland goed bereikbaar is (90% heeft een reistijd van 15 minuten of minder) en dat een toename van de huisartsendichtheid niet tot meer doktersbezoek zal leiden vanwege verkleining van de reistijd (of totale tijd). Van Vliet en Van de Ven (1983b) vinden overigens wel een negatief verband tussen de totaal benodigde tijd en de frequentie van doktersbezoek.

Verzekeringwijze en medische consumptie

De invloed van de verzekeringwijze op de medische consumptie is vooral onderzocht door de Leidse Projectgroep Gezondheidseconomie. De aanleiding van veel recente onderzoeken vormde het rapport van de Werkgroep Consumptieverschillen Ziekenfonds- en Particulier Verzekerden in 1979 waarin voor de intramurale gezondheidszorg werd vastgesteld dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld 55% meer verpleegdagen hebben dan particulier verzekerden. Slechts een vijfde van dit verschil kan verklaard worden door verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw.

Op grond van een uitgebreide literatuurstudie constateerden Van de Ven, Nauta, Van Vliet e.a. (1980) dat de verschillen bij de huisarts aanzienlijk kleiner zijn: zij vinden 10 à 20% meer huisartscontacten voor ziekenfondsverzekerden. Het medicijngebruik op recept verschilt, wat de kosten betreft, niet tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Het medicijngebruik op recept ligt wel 8 à 10% hoger voor ziekenfondsverzekerden (Van Vliet en Van de Ven, 1982, 1983, 1983a en 1983b). Overigens constateren zij ook dat personen die zélf dokteren en die niet-voorgescreven medicijnen gebruiken 18% minder huisartscontacten hebben dan personen die dat niet doen. Het verschil in méér verwijzingen van ziekenfonds- vergeleken met particulier verzekerden bedraagt 15 à 30%. De onderzoekers constateren dat het verschil in medische consumptie het kleinst is bij de huisarts en oploopt naarmate men in hogere echelons terecht komt.

In de analyse van het Leefsituatie-onderzoek 1977 wordt geen invloed van verzekeringvorm op de medische consumptie gevonden en is de meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden uitsluitend terug te voeren op verschillen in gezondheidstoestand (Moozt, 1980), Van der Zee (1982), Van Vliet en Van de Ven (1982). De onderzoekers merken echter op dat de variabele 'verzekeringwijze' in dit materiaal gebrek-kig geoperationaliseerd is.

De aanzienlijke verschillen in gezondheidstoestand tussen zieken-

fonds- en particulier verzekerden blijken pas op te treden na ongeveer het dertigste à veertigste levensjaar, voor die tijd is daar nauwelijks sprake van. Deze verschillen kunnen verklaard worden uit verschillen in opleidingsniveau, medische kennis, werksituatie, beroepsrisico's, inkomen, woonsituatie en andere gezondheidsbeïnvloedende factoren. De verschillen zijn het grootst bij mannen in de leeftijd van ongeveer 30 tot 55 jaar. Dit zou erop kunnen wijzen dat de gezondheidstoestand van ziekenfondsverzekerden met het toenemen van de leeftijd sneller verslechtert, constateren Van der Zee (1982) en Van Vliet en Van de Ven (1983b).

In de gegevens van het Proefonderzoek Medische Consumptie uit 1979 (N=7.250) wordt naast de invloed van de gezondheidstoestand op de medische consumptie wèl een invloed van de verzekeringsvorm geconstateerd (Van Vliet en Van de Ven, 1983b). Bij uitsplitsing van alleen de groep particulier verzekerden blijkt dat degenen die (gedeeltelijk) verzekerd zijn voor huisartsenhulp 18% meer huisartscontacten hebben en een 64% grotere kans op medicijngebruik op recept van de huisarts dan particulieren die hiervoor niet verzekerd zijn. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met die van Van de Ven en Van der Gaag (1982) die bij een analyse van gegevens van 3.636 particulier verzekerde gezinshoofden ook een hogere medische consumptie constateerden bij een lagere eigen bijdrage. In dit laatste materiaal was echter niet gecontroleerd voor gezondheidstoestand en andere selectiemechanismen die van invloed zijn op de wijze van particuliere verzekering.

Wat betreft het verschil tussen particulier verzekerden enerzijds en ziekenfondsverzekerden anderzijds berekenen Van Vliet en Van de Ven dat het verschil in medische consumptie tussen ziekenfonds en particulieren zou halveren als ook alle particulier verzekerden verzekerd zouden zijn voor huisartsenzorg. Interessant is de bevinding dat men bij ziekenfondsverzekerden op grond van hun gezondheidstoestand meer huisartscontacten zou verwachten dan in werkelijkheid het geval is. Men mag hier echter niet uit concluderen dat ziekenfondsverzekerden, gegeven hun gezondheidstoestand, minder medische hulp ontvangen dan particulier verzekerden omdat geen gegevens over klinische en poliklinische zorg zijn opgenomen (Van Vliet en Van de Ven, 1983b).

'Eigen bijdrage'

Over de kostenbesparing die het invoeren van de 'eigen bijdrage' regeling (vanaf februari 1983) heeft opgeleverd zijn de meningen verdeeld (Post, 1984a, 1985b; Van den Berg, 1984). Globaal gezien is na het invoeren van de maatregel het aantal voorschriften per verzeker-

de afgenomen maar zijn per voorschrift meer geneesmiddelen verstrekt (gemiddeld 1,6 in 1982; 2,0 in 1983 en 2,2 in 1984). Als gevolg hiervan stegen de kosten per voorschrift bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle met 41,3% in 1983 en nog eens met 17,3% in 1984. Volgens Post heeft dit ook te maken met het voorschrijven van duurdere geneesmiddelen omdat de goedkope soorten door patiënten zelf worden gekocht.

Post concludeert dat het kosteneffect van de 'eigen bijdrage' niet groot is en dat de totale geneesmiddelenconsumptie op recept en als zelfmedicatie niet is afgenomen. Om deze redenen en om het feit dat de maatregel vooral drukt op de schouders van bejaarden en van chronisch zieken beveelt hij aan de 'eigen bijdrage' maatregel nog eens kritisch te bezien.

In een recent artikel tenslotte bespreekt Van de Ven (1985) op grond van de buitenlandse literatuur de invloed van de financieringswijze op het gebruik van voorzieningen. Hij concludeert daarin dat:

- a) Nederlandse artsen op geen enkele wijze beloond worden voor het verlenen van zorg tegen een zo laag mogelijke prijs en
- b) dat uit Amerikaanse experimenten (Health Maintenance Organizations) blijkt dat er duidelijke aanwijzingen zijn dat (financiële) prikkels gericht op de hulpverlener een effectiever middel tot kostenbeheersing zijn dan eigen betalingen door de consumenten.

6. REGELINGEN EN FINANCIERING

De toetreding tot en de uitoefening van het huisartsenberoep is verbonden met (en vaak gebonden aan) een groot aantal regelingen. Het zou hier te ver voeren alle wettelijke regelingen en de door de beroepsorganisatie opgestelde regels te noemen, laat staan te beschrijven. Voor een recent beknopt overzicht van de met betrekking tot de huisarts relevante gezondheidswetgeving verwijzen we naar Roscam Abbing (1985).

De recent doorgevoerde, geplande en aangekondigde veranderingen op het gebied van (wettelijke) regelingen (bijvoorbeeld de omvorming van de in 1982 tot stand gekomen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening) gaan vergezeld van een stroom publicaties die meestal van beschouwende aard zijn. Daarentegen is (sociaal-wetenschappelijk) onder-

zoek over of rond dit onderwerp schaars.

In dit hoofdstuk beperken we ons tot drie thema's: regelingen met betrekking tot de toetreding tot het huisartsenberoep, regelingen met betrekking tot praktijk- en beroepsuitoefening en tenslotte een financiële paragraaf waarin aandacht wordt besteed aan de honorering en de inkomenspositie van de huisarts.

6.1. De toetreding tot het huisartsenberoep

Voordat iemand het beroep van huisarts kan uitoefenen dient voldaan te zijn aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden hebben een wettelijk karakter waar het de bevoegdheid betreft: het artsexamen moet met succes zijn afgelegd. Deze bevoegdheidseis is geregeld in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (WUG) van 1865. Pas met de publicering van het voorontwerp van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) in 1981 - een wetsontwerp is begin 1985 door de ministerraad aanvaard en voor advies aan de Raad van State gezonden - kan een verandering van deze regeling worden verwacht. De WUG die gebaseerd is op een stelsel van beroepsbescherming zal dan vervangen worden door een stelsel van titelbescherming. Het recht tot het voeren van de titel ontstaat dan door inschrijving in een bij de wet ingesteld register (zie ook Kortenhoeven, 1982).

Op dit moment is een artsexamen nog steeds voldoende om zich als huisarts te kunnen vestigen, zij het alleen ten behoeve van particulier verzekerden. Of dit ook in de praktijk voorkomt is niet bekend: behalve de onmogelijkheid om een ziekenfondspraktijk te voeren, zal er namelijk ook sprake moeten zijn van een zogenaamde 'wilde' vestiging. Vrijwel altijd zal de adspirant-huisarts wel een ziekenfondspraktijk willen voeren. Dit is mogelijk als hij of zij een contract sluit met het ziekenfonds in de plaats van vestiging. Een dergelijk contract heeft vanaf 1983 het karakter van een modelovereenkomst. In beginsel kan een ziekenfonds een dergelijke overeenkomst niet weigeren. Desondanks biedt artikel 47 van de Ziekenfondswet een ziekenfonds de ruimte om bij ernstige bezwaren, bijvoorbeeld als de huisarts door andere (neven)taken niet in staat wordt geacht zijn beroep onafhankelijk uit te oefenen, een medewerkersovereenkomst te weigeren. Met de invoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg geeft ook een ander artikel (47.3) van de Ziekenfondswet het ziekenfonds de mogelijkheid ontheffing van contracteerplicht te vragen als het van mening is dat er al voldoende medewerkers in een werkgebied gevestigd zijn. In tegenstelling tot fysiotherapeuten (zie de bijdrage

van Groenewegen over fysiotherapeuten in deze bundel) zijn onthef-
fingsaanvragen met betrekking tot huisartsen aangehouden in afwach-
ting van een vestigingsregeling in het kader van de Wet Voorzienin-
gen Gezondheidszorg (WVG) (Roscam-Abbing, 1985). Een uitzondering
vormt Almere, daar heeft men wel ontheffing van de contracteer-
plicht.

Een (huis)arts die zich als medewerker van een ziekenfonds wil laten
inschrijven zal, behalve de hiervoor genoemde opleidingseis, zich
tevens als huisarts moeten inschrijven bij de Huisartsen Registratie
Commissie, een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot
bevordering der Geneeskunst (KNMG) beheerd register. Het is hiervoor
noodzakelijk dat de aspirant-huisarts één van de huisartsenoplei-
dingen met succes heeft afgesloten. Ook hier enkele uitzonderingen.
Reeds gevestigde huisartsen behoeven niet alsnog de huisartsenoplei-
ding te volgen terwijl ook ten aanzien van in andere (EG-)landen op-
geleide artsen geen specialisatie tot huisarts als voorwaarde wordt
gesteld. Overigens is het waarschijnlijk dat met ingang van 1993
deze laatste uitzondering niet meer relevant is. De Europese
Commissie van de EG heeft namelijk in 1984 een voorstel goedgekeurd
dat voor elke lidstaat uitgaat van een minimaal tweejarige opleiding
tot huisarts na het artsexamen. Naar verwachting zal de Raad van
Ministers van de EG zich hiermee in 1986 accoord verklaren (KNMG
Jaarverslag 1984, 1985).

Vestiging

Voordat een huisarts een medewerkerovereenkomst met een ziekenfonds
sluit, zal hij of zij zich eerst moeten vestigen. De wijze van ves-
tiging - vrije, al dan niet gesteunde vestiging, vestiging door mid-
del van praktijkovername, al dan niet in de vorm van associatie en
dienstverbanden en de gekozen praktijkvorm - solo-, duopraktijk,
groepspraktijk en gezondheidscentrum - is eerder in deze bijdrage
besproken. We volstaan hier met een summiere behandeling van vige-
rende en op handen zijnde vestigingsregelingen die, mede door het
huidige 'overschot' aan huisartsen, ruim aandacht in vakbladen en
media krijgen.

De situatie rond vestiging is sterk in beweging. Op dit moment is,
met uitzondering van het eerder genoemde artikel 47.3 van de Zieken-
fondswet, alleen de privaatrechtelijke vestigingsregeling van de
Landelijke Huisartsen Vereniging van kracht (LHV, 1981b). Deze sinds
1 maart 1983 in werking getreden regeling is alleen bindend voor
leden van de LHV. Zoals uit de jurisprudentie naar voren komt (zie

onder andere Uhlenbroek, 1985) zijn niet-leden niet verplicht zich aan deze regeling te houden. Kort samengevat komt de LHV-regeling er op neer dat leden zich alleen in gebieden kunnen vestigen waar de bestaande praktijken de rekennormpraktijk (momenteel 2.500 patiënten) met een surplus van 25% overschrijden. De uitvoering van deze regeling ligt in handen van de vestigingscommissies van de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen (PHV).

Groenewegen (1985a) heeft op basis van landelijke cijfers onderzocht of het vestigingsbeleid van de LHV gedurende het eerste jaar na invoering (1 maart 1983 tot en met 29 februari 1984) invloed heeft gehad op het aantal vestigingen en op de spreiding van huisartsen over Nederland. De auteur komt onder meer tot de slotsom dat het vestigingsbeleid weinig invloed lijkt te hebben op het aantal vestigingen en dat, in tegenstelling tot het doel van de regeling, het aantal niet-gesteunde vrije vestigingen groter was dan in de jaren vóór de regeling.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de LHV van meet af aan heeft aangedrongen op een wettelijke vestigingsregeling. Hoewel één van de eerste maatregelen in het kader van de WVG een Ontwerpbesluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen was (publicatie in de Staatscourant van 15 juli 1983), de Tweede Kamer nog onlangs (14 maart 1985) uitsprak dat het kabinet zonder verder uitstel een vestigingsbeleid voor huisartsen dient af te kondigen (zie onder andere Uhlenbroek, 1985), is nog niet duidelijk wanneer en in welke vorm een wettelijk geregeld vestigingsbeleid van start zal gaan. Zo kan niet uitgesloten worden dat, voorlopig, gekozen wordt voor een 'vestigingsregeling' à la fysiotherapeuten op basis van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet.

Nauw met deze materie verbonden is de door zowel overheid als LHV voorgestane praktijkverkleining (zie eerder in deze bijdrage) en de goodwill-problematiek.

Geruchtmakend is het in maart 1985 gesloten huisartsenconvenant, waarbij de overheid en de LHV een aantal intentie-afspraken hebben gemaakt over onder andere een stapsgewijze verlaging van de normpraktijk (nu 2.500 patiënten) naar 2.200 patiënten in 1990, gelijke honorering van ziekenfonds- en particuliere patiënten, het takenpakket en de afbouw van goodwill. Vooral op de totstandkomingsprocedure (het niet erbij betrekken van de Ziekenfondsraad) is veel kritiek gekomen (zie de Staatscourant van 20 augustus 1985). Overigens is het ook hier de vraag of de in het convenant vastgelegde overgangsregelingen wel op de geplande data van kracht worden (Trouw, 1985).

Is er tot nu toe geen sprake van een wettelijke vestigingsregeling voor huisartsen, voor zover huisartsen tevens apotheekhoudend zijn is dat formeel wel het geval. Op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) van 1963 is namelijk veelal een vergunning vereist. Hoewel deze wet apothekers in principe een voorkeurspositie toekent zijn huisartsen in bepaalde zogenaamde C-gemeenten van rechtswege bevoegd geneesmiddelen af te leveren, terwijl in A-gemeenten (waar apothekers gevestigd zijn) en in B-gemeenten (die voorbehouden zijn aan apothekers) de huisarts een vergunning moet aanvragen (zie ook de bijdrage van Groenewegen in deze bundel). Een combinatie van een toenemend aanbod van apothekers en onduidelijkheden bij de interpretatie van de WOG (Bosch, 1982) heeft, gezien een groot aantal rechterlijke processen, echter tot veel conflicten tussen apotheekhoudende huisartsen en apothekers geleid. Pas onlangs zijn de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP) en de LHV een regeling voor de geneesmiddelenvoorziening op het platteland overeengekomen. Deze regeling zal mogelijk in een nieuwe WOG verwerkt worden (Medisch Contact, 1985).

Huisartsen die zich niet vrij vestigen of hun beroep in dienst van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum gaan uitoefenen, hebben, behalve met de hiervoor aangestipte vestigingsregelingen, tevens te maken met de overname van bestaande praktijken (en vaak ook met de overname van een praktijkpand, soms ook een woonhuis). De financiële aspecten hiervan zullen later aan de orde komen. In de discussie over de goodwill-problematiek spelen veel elementen een rol. Naast fundamentele aspecten als de vóórs en tegens van vrij-ondernemerschap met betrekking tot de kwaliteit van de zorg, morele aspecten (je mag geen patiënten 'verkopen') handelt de grote stroom publicaties over de praktische mogelijkheden om de goodwill af te schaffen. Voor een overzicht van de pro's en contra's verwijzen we naar het artikel van Brouwer (1980).

Tot slot van deze paragraaf nog een opmerking over de situatie waarbij een arts als waarnemer van, of als assistent bij, een huisarts heeft gewerkt. Ofschoon ook hier een wettelijke regeling ontbreekt, blijkt regel 55 van het 'blauwe boekje' (Gedragsregels voor artsen, KNMG, 1982) - gedurende twee jaar verliest men, tenzij betrokkenen anders zijn overeengekomen, het recht op vrije vestiging in het praktijkgebied - ook door de rechter meestal onderschreven te worden (Schultsz, 1982).

6.2. De praktijkuitoefening

Overeenkomstig het doel van dit hoofdstuk, het geven van een overzicht (van onderzoek over) regelingen, gaan we alleen in op enkele formele regelingen en regels die van doen hebben met de praktijkuitoefening van de huisarts. In deze bundel is elders reeds aandacht besteed aan de vorm waarin de huisarts zijn praktijk uitoefent (solo, duo, groepspraktijk, gezondheidscentrum) en de taken en werkwijze van de huisarts.

De wijze waarop de huisarts zijn praktijk uitoefent is onderhevig aan een aantal wettelijke regelingen en door de beroepsorganisatie opgestelde gedragsregels. De al eerder genoemde WUG is één van de belangrijkste algemene wetten waarin bepalingen over de rechten en plichten van artsen zijn opgenomen. Ook in de BIG zijn, alhoewel primair gericht op titelbescherming, een aantal handelingen omschreven die alleen voorbehouden zijn aan (huis)artsen (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen, injecties, puncties). Daarnaast bestaat er nog een groot aantal andere wettelijke regelingen van zowel strafrechtelijke, civielrechtelijke en administratief-rechtelijke aard die betrekking hebben op de medische beroepsuitoefening. Voor een overzicht verwijzen we naar Van der Mijl (1982). Voor huisartsen die apotheehoudend zijn is tevens nog de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening van belang.

Voor de praktijkuitoefening wat betreft ziekenfondsverzekerden is de Ziekenfondswet (1964) van kracht, die onder meer een verstrekking geneeskundige hulp door huisartsen kent. In z'n algemeenheid beoogt deze wet (ziekenfonds)verzekerden een goede geneeskundige verzorging te waarborgen. De wet bevat onder andere voorschriften voor de medewerkerovereenkomsten tussen huisartsen en ziekenfondsen (bijvoorbeeld ten aanzien van waarneming). Een belangrijk aspect van deze wet gaat echter over de vraag welk soort handelingen onder welk soort omstandigheden onder de verstrekking vallen. Een voorbeeld is de verloskundige hulp waartoe huisartsen krachtens de WUG te allen tijde bevoegd zijn, maar die volgens de Ziekenfondswet alleen voor rekening van het ziekenfonds kan plaatsvinden in plaatsen waar geen verloskundigen zijn gevestigd.

Naast wettelijke regelingen spelen bij de praktijkuitoefening (en de toetsing daarvan) ook de door de beroepsorganisatie opgestelde gedragsregels een rol. De door de KNMG uitgegeven publicatie 'gedragsregels voor artsen' (1982) bevat een groot aantal regels (onder andere ten opzichte van patiënten, praktijkinrichting, vestiging en

waarneming, het uitwisselen en bewaren van medische gegevens), speciale onderwerpen als euthanasie en intercollegiale behandeling en een aantal officiële teksten die - zoals dat heet - 'gebaseerd zijn op datgene wat door de medische professie verstaan wordt onder zorgvuldig handelen, de beroepsuitoefening in ruime zin betreffende'. Ondanks het niet-wettelijke karakter blijken deze regels in de praktijk ook door de (tucht)rechter als richtlijn gehanteerd te worden. Een bijzondere positie in de gezondheidszorg neemt de (huis)arts tenslotte in wat betreft zijn bevoegdheid patiënten te verwijzen naar collega-artsen (specialisten) en sinds kort ook wat betreft de toegang tot Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, die vanaf 1982 onder de werkingssfeer van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen.

6.3. Honorering en inkomenspositie

Zolang huisartsgeneeskundige hulp niet in een volksverzekering is opgenomen, blijft het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerden een belangrijke factor bij de beschrijving van de financiële kanten van het huisartsenberoep.

In deze financiële paragraaf zullen we, wederom zeer summier, twee onderwerpen behandelen: de honorering (en subsidiëring) van hulp, gegeven door huisartsen en (de consequenties daarvan voor) de inkomenspositie van huisartsen.

Honorering

Huisartsen worden gehonoreerd via een gemengd financieringssysteem: een abonnementssysteem wat betreft ziekenfondsverzekerden en een verrichtingsstelsel voor zover het particulier verzekerden en enkele nevenverrichtingen ten behoeve van ziekenfondsverzekerden (bijvoorbeeld verloskundige hulp) betreft.

De abonnementshonorering is uniform, dat wil zeggen elke huisarts ontvangt jaarlijks per ziekenfondspatiënt een vast bedrag voor nagevoegde alle diensten die hij aan de patiënt levert en ongeacht het aantal consulten en visites. In moeilijk toegankelijke en/of dunbevolkte gebieden en aan mobiele groepen wordt hierboven nog een toeslag verstrekt. De hoogte van het abonnementshonorarium is onderworpen aan de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en wordt vastgelegd in een overeenkomst tussen de ziekenfondsen en de huisartsenvereniging. Hoewel uniform van karakter, is de hoogte van het abonnementshonorarium tevens gekoppeld aan het aantal ingeschreven ziekenfonds-

patiënten per huisarts. Het abonnementstarief is namelijk opgebouwd uit een kostendeel, een pensioendeel en een netto-honorariumdeel, waarbij het kostendeel onderscheiden wordt in een vergoeding voor vaste kosten en een vergoeding variabele kosten. Zowel de vergoeding van vaste kosten als de vergoeding van pensioenkosten zijn momenteel gebonden aan een maximum van 1.600 per praktijk ingeschreven patiënten. Door deze zogenaamde kosten- en pensioenknik is er dan ook sprake van een zekere degressie in de opbrengsten uit het abonnementshonorarium. Bij de vaststelling van de hoogte van het abonnementstarief kunnen ruwweg twee uitgangspunten genoemd worden. Enerzijds wordt verondersteld dat de kostenvergoeding de werkelijke kosten dekt en is het netto-honorariumdeel gebaseerd op een vergelijkbare overheidsfunctie (BBRA schaal 151), vermeerderd met een percentage voor beroepsrisico, anderzijds wordt uitgegaan van een normpraktijk van, momenteel, 2.500 patiënten waarbij wordt aangenomen dat er geen verschil in opbrengst is tussen een ziekenfonds- en een particuliere patiënt.

In het verrichtingensysteem zoals dat van toepassing is op particulier verzekerden wordt de huisarts per verrichting (consult, visite) betaald. Ook de vaststelling van deze tarieven is onderworpen aan de WVG, terwijl daarnaast ook nog de Wet Tijdelijke Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaars en de Prijzenwet hier een rol spelen. Hoewel de door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) vastgestelde tarieven bindend zijn, blijkt uit onderzoek van Warmenhoven (1985) dat vooral bij consulten tussen 18.00 en 20.00 uur en bij telefonische consulten nogal wat huisartsen (zowel in positieve als negatieve zin) afwijken van de beschikking van het COTG (zie ook de Consumentengids van maart 1984).

Een aantal bijzondere honorerings- en subsidieregelingen is - op aanvraag - van toepassing als huisartsen, mono- of multidisciplinair samenwerken. Een kort overzicht baseren we op het LHV informatiebulletin 'Huisarts en Samenwerking' (1980):

- a) Ontknikking van de pensioenbijdrage (ziekenfonds)
- b) Ontknikking van de vaste kosten (ziekenfonds)
- c) Integrale kostenvergoeding (ziekenfonds)
- d) Voorlopige Stimuleringsregeling (subsidie WVC)
- e) Gewijzigde Voorlopige Richtlijnen (AWBZ-subsidie, Ziekenfondsraad).

De volgende samenwerkingsvormen komen voor één of meer van deze regelingen in aanmerking*:

	a	b	c	d	e
- associatie van twee of meer huisartsen zonder gemeenschappelijke huisvesting	ja	nee	nee	soms ¹⁾	nee
- associatie van twee of meer huisartsen met gemeenschappelijke huisvesting	ja	ja	ja	soms ¹⁾	nee
- groepspraktijken (drie of meer huisartsen werkzaam vanuit één pand)	ja	ja	ja	soms ¹⁾	nee
- gezondheidscentra (tenminste huisarts, wijkverpleegkundige, en maatschappelijk werker, werkzaam vanuit één pand)	ja	ja	nee	ja	ja
- home-teams (geformaliseerd, overleg tussen tenminste huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige zonder gemeenschappelijke huisvesting)	nee	nee	nee	ja	nee

1) namelijk mits deel uitmakend van een home-team

* Bron: LHV-informatiebulletin Huisarts en Samenwerking, 1980

Voor een meer gedetailleerde behandeling van deze regelingen verwijzen we naar het genoemde LHV-informatiebulletin en wat betreft het feitelijk gebruik van de onder 'd' en 'e' genoemde subsidieregeling, naar de Ziekenfondsraad (1984) en Peters (1984).

De wijze van honorering van huisartsen is al geruime tijd punt van discussie. Uit de vele publicaties kunnen twee thema's gehaald worden: het vervangen van de huidige gemengde, van verzekeringswijze afhankelijke, honorering door één uniforme abonnementshonorering (al dan niet gecombineerd met een verrichtingen- of prestatie-element) en - hieraan soms gekoppeld - een differentiëring van het abonne-

mentstarief die recht doet aan verschillen in de bewerkelijkheid van huisartspraktijken (bijvoorbeeld bejaarden, etnische minderheden). In deze discussie spelen veel argumenten een rol: de onwenselijkheid van de huidige scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekeren, de aan- of afwezigheid van financiële prikkels in financieringssystemen voor het handelen van de huisarts en kosten(beheersings)argumenten. Voor een overzicht van voor- en nadelen van honoreringssystemen verwijzen we naar Derksen (1984) en Van der Wal (1984), terwijl de LHV-nota 'Naar een nieuwe honorering' (1981a) het standpunt van de beroepsorganisatie weergeeft (een, niet gedifferentieerd, abonnementssysteem voor zowel ziekenfonds- als particulier verzekeren).

Nauw verweven met de wijze van honorering is de vraag of (huis)artsen in plaats van zelfstandig ondernemer niet in een dienstverband-situatie werkzaam zouden moeten zijn. Ook hier spelen zowel zorginhoudelijke (bijvoorbeeld in een dienstverbandssituatie bestaat er geen, althans geen directe, relatie tussen geboden diensten en inkomen) als kostenelementen (betere kostenbeheersing bij dienstverband versus betere productiestimulans bij vrij ondernemerschap) een rol. Tot nu toe richt de discussie zich vooral op medisch specialisten (zie onder andere Groef, 1985), een groep artsen die reeds nu voor een aanzienlijk deel in een dienstverbandssituatie werkzaam is. Huisartsen in dienstverband treffen we momenteel alleen bij een deel van de gezondheidscentra en groepspraktijken (assistenten buiten beschouwing gelaten).

Echter ook ten aanzien van huisartsen is er een aantal ontwikkelingen gaande die terugdringing van het vrij ondernemerschap ten gunste van een dienstverbandconstructie lijken te bevorderen. Zo komt uit registratiegegevens over adspirant-huisartsen naar voren dat ruim 40% een voorkeur voor dienstverband heeft (Groenewegen en Hingstman, 1984), terwijl op dit moment slechts circa 3% van de huisartsen in dienst van een rechtspersoon is (Boerma, 1984). Een tweede aspect is de ontwikkeling rond de goodwill-problematiek, vanouds één van de belangrijkste struikelblokken om te komen tot dienstverband van artsen (Jaspers, Hamel, Schrijvers, 1980). Hoewel er nog geen sprake is van afschaffing van goodwill, bevat het eerder genoemde huisartsenconvenant een intentie om tot afbouw van goodwill te komen. Dat ook onder gevestigde huisartsen een voorkeur voor afschaffing van goodwill bestaat, blijkt uit een in 1985 gehouden telefonische enquête (Mes, 1985): 79% van de huisartsen is in z'n algemeenheid voor afschaffing, terwijl 48%, ook gezien de privé-omstandigheden, daar nog voor is.

Inkomenspositie

Ofschoon op het eerste gezicht verwacht zou mogen worden dat de inkomenspositie van huisartsen bekend is gezien de aanwezigheid van vaste (abonnements)tarieven en het voorhanden zijn van gegevens over de aantallen ingeschreven patiënten, is dit geenszins het geval. Eén van de belangrijkste oorzaken is het ontbreken van openbare gegevens over de werkelijke aan het voeren van een huisartspraktijk verbonden kosten. Alleen over gezondheidscentra is hier onderzoek naar verricht (Peters, 1984).

Studies naar de inkomenspositie van huisartsen zijn dan ook groten-deels op niet-empirische gegevens gebaseerd en beperken zich meestal tot het gemiddelde inkomen en/of bruto-omzet van de huisarts.

IJSbrandy (1981) is nagegaan hoe de gemiddelde totale praktijkinkomsten zich in de periode 1947-1978 hebben ontwikkeld. Hij constateert een, ook na correctie van de prijsontwikkeling, sterke stijging van de gemiddelde bruto-praktijkinkomsten van de huisarts, hetgeen grotendeels toegeschreven kan worden aan een sterke stijging van de inkomsten per ziekenfondspatiënt en, in mindere mate, de inkomsten per particuliere patiënt. Vooral gedurende het honorariumconflict (1965 tot en met 1967) zijn de huisartsen erin geslaagd tariefverhogingen af te dwingen die volgens IJSbrandy tot gevolg hadden dat het gemiddelde bruto-inkomen in vier jaar meer dan verdubbelde.

De adviezen van de Commissie Van de Ven in 1966 (1967) en 1969 (1969) hebben een belangrijke invloed gehad bij de vaststelling van de tarieven en legden de basis voor de landelijke honoreringsovereenkomst tussen huisartsen en ziekenfondsen. Bij de toentertijd vastgestelde normatieve praktijkomvang van 2.600 zielen (nu 2.500) zou een huisarts een netto-honorarium overeenkomstig een salaris volgens schaal 151 BBRA genieten, verhoogd met 10% voor beroepsrisico. In een studie van Heesters (1981) komt echter naar voren dat bij een bij benadering gelijk voorzieningenpakket als ambtenaren, het normatieve honorarium volgens de landelijke overeenkomst 7,8% te laag is.

In de dissertatie van dezelfde auteur (1983) wordt zeer uitvoerig op de honorering en inkomenspositie van de huisarts ingegaan, maar nu in relatie met de goodwill-problematiek.

Het leggen van deze relatie ligt voor de hand. Een praktijkovername gaat niet alleen gepaard met inkomsten voor de verkopende partij, maar betekent voor de kopende huisarts een grote investering die vaak met vreemd kapitaal gefinancierd moet worden. De studie van Heesters levert gedetailleerde berekeningen van zowel de bruto-opbrengsten als de kosten van een huisartspraktijk en trekt verge-

lijkingen met de honorering van 'de' ambtenaar en 'de' werknemer in de gezondheidszorg. Aan de hand van casuïstische benaderingen wordt met behulp van een rekenmodel de inkomenspositie van de huisarts genuanceerd weergegeven, zowel in relatie tot praktijkverkleining als tot een veronderstelde afschaffing van de goodwill. Deze studie is ongetwijfeld van groot belang bij het verschaffen van inzicht in de honorering van de huisarts: de casuïstische benadering heft, voor een deel, de nadelen op van die studies die uitgaan van de 'gemiddelde' huisarts. Anderzijds blijft onduidelijk hoe het met de feitelijke inkomenspositie van huisartsen gesteld is (maar dat was ook het doel van deze studie niet). De empirische basis is daarvoor, vooral wat betreft de praktijkkosten, te smal. Alleen overnamekosten voor goodwill en praktijkpand zijn gebaseerd op enquêtegegevens (over de jaren 1977 tot en met 1979).

We sluiten de bespreking van dit onderzoek af met enkele conclusies van de auteur. Hij stelt dat de huidige vergoeding van praktijkkosten door ziekenfondsen de praktijkverkleining belemmeren en dat de vergoeding van interestkosten over goodwill geen vast maar een variabel karakter moet hebben als recht gedaan wil worden aan de praktijkomvang.

Tot slot van dit hoofdstuk nog een opmerking over de inkomenspositie van huisartsen in dienstverband. Voor zover in dienst bij een gezondheidscentrum komt uit onderzoek van Peters (1984) naar voren dat hun inschaling in veel gevallen negatief afwijkt van schaal 151 BBRA die als uitgangspunt dient voor de vaststelling van de (abonnements)tarieven. Door de veelal hoge rentelasten waarmee vooral beginnende huisartsen (vrij beroepsbeoefenaren) te maken hebben en de toenemende tendens tot kleinere praktijken is het echter niet duidelijk wie, nu en op de lange duur, financieel het beste af is.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

We zullen de voornaamste bevindingen per paragraaf samenvatten en van commentaar voorzien.

Over de **structurele aspecten** van de huisartsengroep, zoals omvang en samenstelling van de beroepsgroep, instroom, uitstroom en spreiding over Nederland valt het volgende op te merken:

- het aantal huisartsen neemt gestaag toe en sneller dan de groei

van de bevolking, zodat het aantal inwoners per huisarts daalt. Praktijken worden kleiner en de grote regionale verschillen in huisartsendichtheid die men 15 tot 20 jaar geleden aantrof worden zoetjesaan geëgaliseerd. Was vroeger de welstand van de bevolking in een gebied de voornaamste samenhang met de huisartsendichtheid, tegenwoordig zijn economische factoren niet of nauwelijks meer van betekenis, of men zou de wat grotere inkomensmogelijkheden van huisartsen ten plattelande (met verloskunde en apotheek) als zodanig moeten opvatten.

De voornaamste onderzoeker op het gebied van spreiding van huisartsen (Groenewegen) zet vraagtekens bij de noodzaak van een vestigingsbeleid voor huisartsen. Bij ongewijzigd beleid zou immers de gestage daling van de gemiddelde praktijkgrootte gewoon doorgaan. Weliswaar ten koste van langdurige en moeizame zoekperiodes van adspirant-huisartsen, het is echter de vraag of een vestigingsbeleid met bijbehorende sollicitatiecommissies minder frustrerend voor aanstaande beroepsbeoefenaren zal zijn.

Nog steeds is de modale huisarts een solo-huisarts. Het aantal duo-praktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra neemt weliswaar gestaag toe, maar bij gebrek aan (financiële) prikkels, die samenwerking stimuleren, is in Nederland de solo-huisarts, in tegenstelling tot bijvoorbeeld in Engeland, niet verdwenen, ook niet in gebieden waar men niet als argument kan hanteren dat de geringe bevolkingsdichtheid een gezamenlijke vestiging in de weg zou staan. Vooral in de grote steden vindt men namelijk solistische huisartspraktijken.

Het feit dat het stichten van een medische faculteit in een gebied een probaat (doch kostbaar) middel is om een artsentekort weg te werken, bewijzen de gevolgen van het openen van de medische faculteiten te Nijmegen, Rotterdam en Maastricht.

Er blijkt overigens nog steeds een sterke discrepantie te bestaan tussen de wijze waarop veel huisartsen hun beroep willen uitoefenen (in dienstverband, in een samenwerkingsverband in het algemeen of in een gezondheidscentrum in het bijzonder, in deeltijd (vrouwelijke huisartsen)) en de mogelijkheden die er op dit vlak worden geboden. Een (versneld?) stimuleringsbeleid voor gezondheidscentra zou heel wel op onderzoeksresultaten van verschillende aard kunnen worden gebaseerd.

Nu een huisartspraktijk (anders dan in de periode 1965-1975) een schaars goed geworden is, is nader onderzoek naar de gevolgen van de lange zoek- en wachttijden zinvol. Wie geven de moed op omdat ze geen plaats kunnen vinden of omdat ze de lasten niet kunnen opbren-

gen en wat is de (economische, psychologische, culturele) uitgangspositie voor degenen die de sprong wel hebben gewaagd of hebben kunnen wagen.

Een nauwkeurige evaluatie van de kwalitatieve en kwantitatieve gevolgen van een vestigingsbeleid zou ook niet van belang zijn ontbloeit.

Taakopvatting en werkwijze

Voor een goed begrip van de betekenis van het uitgebreide onderzoek naar werkwijze en taakopvatting van huisartsen moet men bedenken, dat niet alleen door verschillende onderzoekséquipes (Maastricht, Nijmegen, NHI, Amsterdam-VU) verschillende instrumenten zijn ontwikkeld om 'taakopvatting' en 'taakbreedte' te meten, maar dat deze instrumenten ook met geheel verschillend gemeten aspecten van de werkwijze in verband worden gebracht. Dit verklaart de soms tegenstrijdige resultaten.

Zo worden enerzijds zeer zwakke verbanden tussen taakopvatting en (geobserveerde) handelingen van artsen gevonden (Boots, 1983) en zou men op grond van zijn bevindingen kunnen concluderen dat er blijkbaar weinig verband is tussen hetgeen huisartsen **vinden** en wat ze doen. De grote vrijheid die huisartsen ten opzichte van hun patiënten hebben, deels veroorzaakt door het gegeven dat de meeste mensen de dokter bezoeken met klachten die vanzelf ook wel overgaan, zou deze kloof tussen denken en doen kunnen verklaren.

Anderzijds treft men in Nijmegen, waar men een oordeel geeft over de **kwaliteit** van het handelen van huisartsen, juist aan dat huisartsen met een brede taakopvatting zorg van betere kwaliteit leveren. Ook vindt men dat niet zo zeer de taakopvatting, maar het gevoel van competentie (nauw met de taakbreedte samenhangend, dat wel) de belangrijkste determinant van de kwaliteit van de zorg is.

Verhaak vindt (in observatie-onderzoek) dat een 'open' gesprekstijl van de huisarts, ook als het om puur lichamelijke aspecten gaat, belangrijker is voor de hoeveelheid aan de huisarts gepresenteerde psycho-sociale problematiek, dan het gegeven dat huisartsen het ontdekken en behandelen van deze problemen nu wel of niet tot hun taak rekenen. Het is de vraag of deze resultaten met elkaar in strijd zijn, daarvoor verschillen de meetmethoden zowel wat betreft taakopvatting als van de werkwijze te veel van elkaar. Bovendien is niet in elk onderzoek rekening gehouden met het gegeven dat de hoogte van het verwijscijfer in een huisartspraktijk het sterkst samenhangt met de afstand van de praktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis; pas als in de analyse rekening met deze factor is gehouden kan men de

invloed van taakbreedte of taakopvatting goed vaststellen. Doet men dit (zoals in het onderzoek van Dopheide) dan vindt men dat huisartsen die opgeven zelf veel therapeutische verrichtingen te doen en de diagnostiek en therapie van een aantal aandoeningen in het grensgebied tussen huisartsgeneeskundige en specialistische zorg voornamelijk tot hun eigen terrein te rekenen, betrekkelijk weinig verwijzen.

Het bedriegelijke van de eenvoud van een dergelijk (ook elders bevestigd) onderzoeksresultaat zit hem in de mogelijke beleidsmaatregelen. Het ziet er eenvoudig genoeg uit: stimuleer (desnoods door middel van scholing) het doen van therapeutische verrichtingen (kleine chirurgie en dergelijke) in de huisartspraktijk; pas het honorarium van de huisarts er bijvoorbeeld bij aan en ge zult zien dat het verwijscijfer zal dalen.

De vraag is echter of het zelf doen van therapeutische verrichtingen in een wereld waarin zulks in toenemende mate door specialisten wordt overgenomen, niet eerder een teken is van een zekere tegendraadse houding, dan dat er nu sprake is van een precieze causale relatie. Alleen een goed gecontroleerd experiment kan een dergelijke vraag beantwoorden en dan nog moet men rekening houden met het verschijnsel dat mensen die aan een dergelijk experiment meedoen, door de deelname en de daarbij behorende aandacht alleen al alerter gaan functioneren.

In ieder geval zouden de resultaten op het vlak van taakopvatting en werkwijze op de een of andere manier vergelijkbaar moeten worden gemaakt, voordat men nu precies kan zeggen aan welke van de bevindingen men de hoogste waarde moet hechten.

Preventieve taken

Bijzondere aandacht is besteed aan preventieve activiteiten van huisartsen. Zeker nu het nut van grote landelijke screeningsprogramma's in brede kring betwijfeld wordt, ligt het nogal voor de hand om de huisarts een aantal taken op dit vlak (denk aan de vroege opsporing van baarmoederhalskanker) te geven.

De onderzoeksresultaten op dit gebied geven voor een dergelijke stelling echter geen aanleiding. De normale werkhouding van de huisarts laat zich niet goed verenigen met de actieve en wellicht bemoeizuchtige rol die noodzakelijk is voor het opsporen en actief volgen van bepaalde personen met verhoogd risico. Weliswaar laat Van Ree zien dat, mits een experiment goed is opgezet, screening op hypertensie in de huisartspraktijk mogelijk is, maar het betrekkelijk snelle verwateren van de resultaten en het verloren gaan van de

extra informatie naar verloop van tijd, wijst erop dat de doorsnee huisarts zijn risicogroepen niet actief volgt. Er bestaat zelfs een hele stroming in de hulpverlenerswereld, die uitgaat van het primaat van de opvatting en wil en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Alleen als deze gemotiveerd is om actief mee te werken, worden de diensten aangeboden.

Het ziet er naar uit, dat vroege opsporing van ziekten en het corrigerend optreden bij leefgewoonten met een zeker risico voor de gezondheid van de huisarts een instelling verlangen en een bepaalde inrichting van het praktijkinformatiesysteem, die vooral nog in strijd zijn met de huidige praktijk. Voordat men 'vroege opsporing' aan huisartsen overlaat, moet men eerst zorgen dat de huisarts zich actiever gaat opstellen. Dit zal hier en daar zelfs wel principiële problemen geven.

Arts-patiënt relatie

Observatie-onderzoek naar 'wat er zich werkelijk tussen arts en patiënt in de spreekkamer afspeelt' is tijdrovend, moeizaam en technisch ingewikkeld, maar levert fascinerende informatie op over het spel van loven-en-bieden tussen arts en patiënt. Een telkens terugkerende bevinding is, dat observatoren consequent meer 'problemen' signaleren dan door de arts worden opgetekend. De arts maakt een selectie uit hetgeen de patiënt aanbiedt (vaak is dit de eerste klacht) en gaat daarop verder. Huisartsen vertonen een geheel ander gedrag tijdens de delen van het consult die op somatische zaken betrekking hebben (veel gericht, routinematiger) dan in delen van het consult waar psycho-sociale problemen aan de orde komen. Het omschakelen van de ene houding naar de andere is zo'n typisch fenomeen dat nader onderzoek naar datgene wat de omschakeling teweeg brengt zeker de moeite waard is.

Het geven van 'ruimte' aan de patiënt (doorvragen, aanzwengelen van nieuwe onderwerpen) brengt de meeste psycho-sociale problemen op tafel. Aandacht en sympathie alléén is niet genoeg; de huisarts moet zich actief opstellen en de ruimte voor de patiënt duidelijk scheppen.

Verskillende steunende en stimulerende gedragingen in het gesprek laten zich (empirisch) goed samenvatten tot een gesprekstijl (Verhaak, 1984a), die men als 'open' kan karakteriseren. Deze 'open' stijl blijkt samenhang te vertonen met bepaalde houdingen, zoals het gunnen van inbreng aan de patiënt. Deze houdingen worden op hun beurt weer bij jongere artsen aangetroffen en bij artsen die bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum werken.

Of een dergelijke houding duurzaam aan te leren is, moet nog worden uitgezocht; zo ja, dan is dat een belangrijk gegeven voor opleiding en nascholing.

Medische consumptie

Mensen gaan als regel naar de dokter omdat ze ziek zijn, maar lang niet alle mensen die zich onwel bevinden gaan naar de dokter. Sommige 'dokteren' zelf en slikken medicijnen die van een eerder bezoek of van een huisgenoot nog in het medicijnkastje staan. Anderen weten dat ze met een paar avonden vroeg naar bed van hun malaise af zijn. Een derde zweert bij een glas port.

De rol van andere factoren (verzekeringsvorm, sociaal culturele opvattingen) is bescheiden. Meestal vindt men na 'controle' voor gezondheidstoestand geen invloed meer voor andere factoren; zeker bij het bezoek aan de huisarts op initiatief van de patiënt.

Interessant zijn de bevindingen van Van de Lisdonk (1985): (niet-chronisch zieke) mensen die de huisarts betrekkelijk vaak raadplegen verschillen van hun weinig consumerende vergelijkingsgroep niet zo zeer in de hoeveelheid lichamelijke klachten die ze in een op verzoek bijgehouden gezondheidsdagboek noteren, maar aan de waarde die ze aan medisch ingrijpen bij betrekkelijk eenvoudige, dikwijls 'self-limiting' gezondheidsproblemen hechten. Als dat inderdaad zo is, dan zal het antwoord op een typische Methodisch-Werken-vraag als 'waarom komt deze patiënt met deze klacht op dit moment bij mij?' niet gezocht moeten worden in problemen in de psychische of sociale sfeer, maar eerder in de constatering dat deze patiënt op dit moment bij deze klacht heil verwacht van een medisch ingrijpen. Het is dan natuurlijk nog de vraag of en hoe een huisarts daarop dient in te gaan, maar de gedachte dat er 'meer' achter moet zitten wordt door Van de Lisdonk's resultaten tenminste gerelativeerd.

Anderzijds kan klagen-op-uitnodiging, dat wil zeggen het invullen van een lijst met lichamelijke klachten, zowel een maat voor iemands geestelijke gezondheid (neurotische labiliteit) als mogelijkere wijs voor iemand's lichamelijke toestand zijn. Vooral malaiseklachten duiden of op langdurige suboptimale omstandigheden (geen werk meer, geen partner meer, geen goede gezondheid meer) (Van der Zee) of op een tamelijk consistente persoonlijkheidstrek (Ormel). In ieder geval is een hoge score op een klachtenlijst een goede 'voorspeller' van doktersbezoek. Uit deze lijn van onderzoeksresultaten zou men kunnen afleiden dat de kans groot is dat er 'meer' achter zit als patiënten hun huisarts voor betrekkelijk triviale klachten consulteren.

Hier ligt in ieder geval een wetenschappelijk belangwekkend uitgangspunt voor verder onderzoek; het zou kunnen zijn dat de selectie van Van de Lisdonk's onderzoeksgroep (volledige gezinnen met tenminste 2 thuiswonende kinderen en geen chronisch zieken) bijdraagt aan de hier geschetste discrepantie. De hoge scores op klachtenlijsten treft men immers juist aan bij personen die geen werk, geen partner of geen goede gezondheid meer hebben. Onderzoeksresultaten zijn zelden zonder meer en dikwijls in het geheel niet vergelijkbaar.

Wil men overigens niet alleen het 'eerste contact' met de huisarts verklaren, maar het totaal aantal contacten, dan moet men voor het verklaren van de hoeveelheid herhaal- of terugbestelcontacten zeker rekening houden met factoren aan de aanbodzijde als grootte en vorm van de huisartspraktijk, praktijkorganisatie en bereikbaarheid.

Regelingen en financiering

Als de positie van de Nederlandse huisarts niet beschermd zou zijn door een serie van wetten en regelingen, waarvan de belangrijkste is, dat toegang tot een aantal andere voorzieningen (specialist, (A)GGZ, fysiotherapie) slechts na verwijzing door de huisarts mogelijk is, dan zou de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg een stuk minder prominent zijn dan nu het geval is. Als generalist zal een beoefenaar van de algemene geneeskundige praktijk altijd in het nadeel zijn tegenover beroepsgenoten die deskundiger zijn op een beperkt terrein. Of, zoals een huisarts eens opmerkte, toen hij uitlegde waarom hij een goedaardig gezwelletje niet uit het aangezicht zou verwijderen: "Als het geen mooi litteken wordt, als ik het doe, dan heb ik maar wat aangerommeld, maar als de **specialist** hetzelfde overkomt, dan heeft **jouw** huid aanleg voor lelijke littekens". Ook het gegeven dat (bij ziekenfondsverzekerden) de huisarts niet (extra) gehonoreerd wordt voor een dergelijke verrichting en een **specialist** wel, zal zeker tot een taakverschuiving in de richting van specialistische zorg hebben geleid.

Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg verdient wat dat betreft geen schoonheidsprijs - een honorering van de huisarts gedeeltelijk op abonnements- en gedeeltelijk op verrichtingenbasis, terwijl specialisten in loondienst van ziekenhuizen zouden zijn en waarbij ook het budget van ziekenhuizen niet op productie van verrichtingen mag zijn afgestemd, geeft een veel stabielere en een minder onevenwichtige opbouw dan bij ons, waarbij de situatie precies andersom is.

Wel zorgt de abonnementshonorering voor een betrekkelijk 'rustige' instelling van huisartsen. Geneesmiddelen (zeker kalmerende middelen) worden in afnemende mate voorgeschreven: een simpel of structurerend gesprek behoort tot de therapeutische mogelijkheden van de Nederlandse huisarts, waar zijn collega uit een verrichtingsstelsel direct inkomen derft.

De standsorganisatie van Nederlandse Huisartsen (de Landelijke Huisartsen Vereniging) is dan ook voor uitbreiding van het abonnementsstelsel van ziekenfondsverzekerden tot hun particuliere praktijk.

Het is de vraag of de huisarts aan de wettelijke en niet-wettelijke bescherming op zich zelf voldoende heeft om zich te kunnen handhaven. Een actievere houding wordt gevraagd op het gebied van vroege opsporing van ziekten en de zorg voor chronisch zieken. Een betere administratie is nodig om te kunnen nazoeken of patiënten hun controlebezoek wel hebben afgelegd en of alle patiënten zijn bereikt. Toenemende druk zal worden uitgeoefend om het takenpakket in volle omvang en controleerbaar te gaan uitoefenen en om een zelfstandige positie ten opzichte van de specialist zichtbaar te maken in een vermindering van het percentage verwijzingen.

Ook aan consumentenzijde wordt aangedrongen op een preciezere formulering van rechten en plichten van arts en patiënt op een gegarandeerd goed lopende praktijkorganisatie overdag, ' avonds en in de weekends. De vrijheid die de huisarts bezat om informatie over zijn patiënten uit te wisselen dan wel aan patiënten te onthouden zal door wettelijke maatregelen worden ingeperkt.

De huisarts zal zich moeten voorbereiden op een toenemende externe toetsing van zijn handelen, van de zijde van zijn collega's, de financiers van de gezondheidszorg, de overheid en de consument. De vrijheid van handelen op velerlei gebied en de daaruit voortvloeiende grote variatie tussen artsen, zal afnemen.

Voor onderzoekers is dat jammer, voor de kwaliteit van de zorg kan het vermoedelijk geen kwaad.

NOOT

- 1) Onderzoek naar de inhoud van de opleiding valt buiten het bestek van deze studie. Zie hiervoor de diverse publicaties van Ten Cate.

LITERATUUR

- AALDEREN, H. VAN en H. HOLLENBEEK BROUWER - 1981. Syllabus methodisch werken. Amsterdam, Vrije Universiteit
- ADAM, W.L. en R.S. TEN CATE - 1979. De visite in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 488-492
- BAKEL, H.C.P. VAN en I.H. BOERSMA - 1984. Medische opleiding en medische psychologie: attitudes van jonge artsen ten aanzien van het medisch denken en handelen (slot). Medisch Contact, 39, no.12, 379-383
- BECHT-MELAI, F. - 1985. Registratie wetenschappelijk onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg 1984: nummer 13. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- BEEK, M., J. VAN EIJK en G. RUTTEN - 1984. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Medisch Contact, 39, no.39, 1247-1251
- BEEK, M., J. VAN EIJK en G. RUTTEN - 1985. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn: opvattingen van huisartsen en specialisten. Medisch Contact, 40, no.10, 299-302
- BENDER, W. en C. MIDDELBEEK - 1979. De Warffumcursus: gezellig, maar steek je er ook wat van op? Medisch Contact, 34, no.42, 1347-1349
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK - 1980. Konsultatieproject Eindhoven: gespreksgedrag. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BENSING, J. en P. VERHAAK - 1982. Ruimte voor de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no.1, 19-33
- BENSING, J. en E.M. SLUIJS - 1984. Leren luisteren, maar wat dan?: evaluatie van een gesprekstraining voor huisartsen. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 39, no.5, 265-280
- BERG, J. VAN DE - 1984. De eigen bijdrage van geneesmiddelen in 1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 3 no.4, 5-16
- BERGSMA, J. en P.J.M. FLOHR - 1982. De spreekkamer: naar binnen en weer naar huis (deel 3). Tilburg, Katholieke Hogeschool, Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie
- BERGSMA, J. - 1984. Het bezoek aan de huisarts: naar de dokter en terug (deel 1). Medisch Contact, 39, no.22, 693-695
- BERTENS, A.M. en F. SAMUELS BRUSSE - 1980. Eindverslag van een onderzoek naar het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in drie regio's. Leiden, Rijksuniversiteit

- BESSEM, H.G. - 1981. L.H.V. -voorzitter H.G. Bessem presenteert functieomschrijving van de huisarts. Medisch Contact, 36, no.48, 1473-1477
- BEUSMANS, G.H.M.J. - 1985. Evaluatie en toetsing geïntegreerd: een meerjarig nascholingscurriculum voor huisartsen in Limburg. Medisch Contact, 40, no.11, 328-330
- BIERKENS, P.B., I.H. BOERSMA en H.C.P. VAN BAKEL - 1984. Medische opleiding en medische psychologie: opbouw curriculum (deel 1). Medisch Contact, 39, no. 10, 303-305
- BLANKEN, C.J.M. en E. SCHADE - 1984. Toetsing en nascholing voor huisartsen: convergerende ontwikkelingen. Medisch Contact, 39, no.10, 306-307
- BOERMA, W.G.W. - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1983. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact, 38, no.32, 985-990
- BOERMA, W.G.W. - 1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- BOERSMA, I.H. en H.C.P. VAN BAKEL - 1984. Medische opleiding en medische psychologie: gevoelde tekorten (deel 2). Medisch Contact, 39, no.12, 375-378
- BOOT, C.P.M. - 1979. Risicofactoren voor coronaire hartziekten: screening en preventie in een huisartspraktijk. Leiden, Rijksuniversiteit Leiden. Dissertatie
- BOOTS, J. en W. VAN ZUTPHEN - 1981. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact, 36, no.3, 65-68
- BOOTS, J.M.J. - 1983. Het werk van de huisarts: resultaten van een functieanalyse in 93 huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie
- BOOTS, J -1984. Verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 5, no.1, 11-20
- BOSCH, A.J. - 1982. Geneesmiddelenvoorziening: wie, wat, waar?: moeizaam op weg naar een bruikbare wet. Medisch Contact, 37, no.18, 537-543
- BOSHUIZEN, H.P.A. en H.F.A. CLAESSEN - 1980. Problemen rond medisch probleemoplossen: enige theoretische en methodische overwegingen. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch

- BOSHUIZEN, H.P.A. en H.F.A. CLAESSEN - 1981. De cognitieve verwerking van medische gegevens door artsen en studenten. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch
- BOSHUIZEN, H.P.A. en H.F.A. CLAESSEN - 1982. Problems of research into medical problem solving: some remarks on theory and method. Medical Education, 16, no.2, 81-87
- BOUHUIJS, P.A.J. en G.M.H.I. BEUSMANS - 1981. Warffumcursussen in Limburg: de eerste ervaringen. Huisarts en Wetenschap, 24, no.9, 347-351
- BRAAK, E.M. TER - 1979. Bestaat huisartsgeneeskunde? Huisarts en Wetenschap, 22, no.6, 246-248
- BREMER, G.J. - 1978. Dokters in hun dagelijks doen. Huisarts en Wetenschap, 21, no.12, 477-483
- BREMER, G.J. - 1979a. Ten geleide bij het Themanummer "Het Huisbezoek". Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 467
- BREMER, G.J. - 1979b. Literatuur over huisbezoek. Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 486-487
- BREMER, G.J. - 1981a. Een methode van zelftoetsing: contrôle op de eigen diagnose. Medisch Contact, 36, no.29, 873-874
- BREMER, G.J. - 1981b. Studies uit de huisartspraktijk: proefschriften van huisartsen 1900-1979. Huisarts en Wetenschap, 24, no.9, 336-340
- BROEK, R.I.A.M. VAN DEN - 1983. Financiële consequenties van een beddenvermindering in ziekenhuizen. Economisch Statistische Berichten, 68, no.3407, 480-483
- BROEK, W. VAN DEN, R.S. TEN CATE en F. VAN DER LINDE - 1981. Opleiding doktersassistenten onderzocht: worden doktersassistenten nu en in de toekomst adequaat opgeleid? Medisch Contact, 36, no.35, 1061-1066
- BROUWER, H. - 1983. Huisartsen over problemen in het contact met patiënten: een herhalingsonderzoek. Huisarts en Wetenschap, 26, no.5, 181-184
- BROUWER, W.J.C. - 1980. Goodwill en overnameprijs van huisartspraktijken: praktijkverkleining en vestigingsbeleid. Medisch Contact, 35, no.8, 248-255
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1982. Mankrachtgegevens inzake enkele beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- BURG, R.H. VAN DER - 1979. Wat is een paradigma? Huisarts en Wetenschap, 22, no.5, 210-211

- BUIJS, R., E.M. SLUIJS en P.F.M. VERHAAK - 1984. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. *Social Science and Medicine*, 19, no.7, 683-690
- BYRNE, P.S. en B.E.L. LONG - 1976. Doctors talking to patients. London, Her Majesty's Stationary Office
- CASPARIE, A.F. - 1985. Gestructureerde samenwerking: gezamenlijke protocollen en één toetsingsmethodiek voor huisartsen en specialisten, hoe is het mogelijk? *Medisch Contact*, 40, no.4, 97-100
- CASSEE, E.TH. - 1973. Naar de dokter. Meppel, Boom. Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden
- CATE, R.S. TEN - 1982. Stageplaatsen voor doktersassistenten: huisartsen geënquêteerd. *Medisch Contact*, 37, no.8, 213-220
- CATE, R.S. TEN - 1984. Doktersassistentenopleiding anno 1984. *Medisch Contact*, 39, no.6, 186-187
- COMMISSIE VAN DER VEN - 1967. Advies Commissie van der Ven. *Medisch Contact*, 40, no.41
- CONSUMENTENBOND - 1984. Onduidelijkheid troef bij medische tarieven. *Consumentengids*, 32, no.3, 114-117
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1980. Over sterven en stervensbegeleiding: een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. *Huisarts en Wetenschap*, 23, no.11 439-446
- CROMME, P.V.M. - 1980. Toetsing als argument voor praktijkverkleining *Medisch Contact*, 35, no.8, 245-247
- DALEN, J. VAN en CH. PHAFF - 1981. Arts-patiënt relatie: een uitwisseling van deskundigheden. In: *Arts-patiënt relaties: R. Pierloot* (red.). Alphen aan de Rijn, Stafleu, 187-204
- DALEN, P.J. VAN en G.J. BREMER - 1979. Publicaties van huisartsen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1857-1900*. *Huisarts en Wetenschap*, 22, no.3, 114-121
- DERKSEN, W. - 1984. Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven. *Huisarts en Praktijk*, 27, no.8, 65-67 (supplement *Huisarts en Wetenschap*)
- DIEDERIKS, J.P.M., B.S. POLAK en J. VAN DER ZEE - 1979. Pretentieuze paradigmatic. *Huisarts en Wetenschap*, 22, no.9, 358-360
- DOKTER, H.J. - 1980. Inhoudelijke argumenten voor praktijkverkleining. *Medisch Contact*, 35, no.8, 235-239
- DOORNE-HUISKES A. VAN en M. BEDAUX-DE JONGE - 1983. Gezinsituaties en beroepsloopbanen van vrouwelijke artsen. *Gezondheid en samenleving*, 4, no.3, 144-153

- DOPHEIDE, J.P. - 1982. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. *Gezondheid en Samenleving*, 3, 141-151
- DOPHEIDE, J.P. en F.P. NIJHOUT - 1983. Een ziekenhuis op nieuw land: le interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- DOPHEIDE, J.P. - 1984. Commentaar op Boots. *Gezondheid en Samenleving*, 5, no.1, 19-20
- DORP, C. VAN - 1977. Luisteren naar patiënten: een analyse van het medisch interview. Lochem, De Tijdstroom. Dissertatie Universiteit van Amsterdam
- DUNNING, A.J. - 1984. Het medisch handelen als proces. *Medisch Contact*, 39, no.9, 269-271
- DIJKE, C.P.H. VAN en R.S. TEN CATE - 1979. Stages en plaatsingsmogelijkheden voor doktersassistenten: uitslag van een onderzoek. *Medisch Contact*, 34, no.48, 1530-1534
- ENDE, P. VAN DER en R. GROOT - 1982. Komt tijd, komt raad? *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 37, no.1, 51-68
- ES, J.C. VAN - 1978. Paradigma's van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 21, no.12, 451-458
- ES, J.C. VAN - 1983a. De pyramide op zijn punt: rol huisarts in de verloskunde niet bevorderd. *Medisch Contact*, 38, no.32, 979
- ES, J.C. VAN - 1983b. Naar een nieuwe plaats voor de huisarts: driejarige beroepsopleiding ook nodig bij herziene basisopleiding. *Medisch Contact*, 38, no.48, 1499
- ES, J.C. VAN - 1984a. Medische besliskunde: normen en waarden centraal in besliskunde. *Medisch Contact*, 39, no.9, 263
- ES, J.C. VAN - 1984b. Verantwoord kiezen: doelen in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 39, no.9, 273-275
- ES, J. VAN - 1984c. Toetsen en scholen: aan verplichting niet te ontkomen. *Medisch Contact*, 39, no.30, 939
- ES, J.C. VAN - 1985. Samenwerking huisartsen-specialisten. *Medisch Contact*, 40, no.4, 87
- ES, J.C. VAN, R.A. DE MELKER, F.C.L. GOOSMANN- 1983. Kenmerken van de huisarts: deel 2. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema
- EIJK, J. VAN - 1981. Medicalisering vanuit huisartsgeneeskundig perspectief. *Metamedica*, 60, no.12, 438-451
- EIJK, J.TH.M.VAN - 1979. Levensgebeurtenissen en ziekte: een verkennend onderzoek naar het effect van enkele levensgebeurtenissen op het ontstaan van ziekte bij personen met een sterk en zwak probleemoplossend vermogen. Utrecht, Huisartsenpers. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen

- FEEN, J.A.E. VAN DER - 1977. Hypertensie: een uitdaging aan de huisarts. Rotterdam, Erasmus Universiteit. Dissertatie
- FEEN, J.A.E. VAN DER - 1984a. Evaluatie van nascholing: Warffumcursussen voor huisartsen. Medisch Contact, 39, no. 13, 413-416
- FEEN, J.A.E. VAN DER - 1984b. Nascholing huisartsen: vrijwillig of verplicht? Medisch Contact, 39, no.29, 929-930
- FEEN, J.A.E. VAN DER - 1985. Hoeveel uur per jaar besteedt de Nederlandse huisarts aan georganiseerde nascholing? Medisch Contact, 40, no.12, 352
- FRANSSEN, A.M.J., J.M.G. PERSOON en S. VELING - 1982. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen vierde- en zesdejaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Medisch Contact, 37, no.32, 970-974
- GELDORP, G. VAN, K. HOEKMAN en L. KROL - 1978. Medisch probleemoplossen: een onderwijs- en onderzoeksproject. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde
- GELDORP, G. VAN - 1983. Driejarige beroepsopleiding tot huisarts: noodzaak, kwaliteiten, invulling. Medisch Contact, 38, no.48, 1503-1507
- GERRITSMAN, J.G.M. en J.A. SMAL - 1982. De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht
- GILL, K. - 1978. De neus van Cleopatra: paradigmatische verkenningen. Huisarts en Wetenschap, 21, no.12, 459-464
- GILL, K. - 1984. Protocollaire huisartsgeneeskunde: schijn van zekerheid? Huisarts en Praktijk, 27, no.8, 32-36 (Supplement Huisarts en Wetenschap)
- GROEF, L.M.J. - 1985. Perspectieven voor het vrije beroep, vrij ondernemerschap of dienstverband? Medisch Contact, 40, no.13, 379-382
- GROENEWEGEN, P.P. - 1978. Vertrek uit de huisartspraktijk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- GROENEWEGEN, P.P. - 1979. De opbouw van de beroepsgroep huisartsen 1970-1979. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- GROENEWEGEN, P.P. - 1980. Vertrek uit de huisartspraktijk: resultaten van een enquête naar de achtergronden van vroegtijdig vertrek uit de praktijk. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 58, no.3, 84-89
- GROENEWEGEN, P.P. - 1981. Vrouwelijke huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut

- GROENEWEGEN, P.P. - 1984. 25 jaren vestigingen van huisartsen: arts-examen, vestiging, vetrek uit de praktijk (deel 1). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- GROENEWEGEN, P.P. en L. HINGSTMAN - 1984. Registratie aspirant huisartsen, peiling 1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- GROENEWEGEN, P.P. - 1985a. Een jaar vestigingsbeleid van de LHV. In: De eerste lijn onderzoek: W.G.W. Boerma en L. Hingstman (red.). Deventer, Van Loghum Slaterus, 166-179
- GROENEWEGEN, P.P. - 1985b. Locatiekeuze en huisartsendichtheid: verklaring van regionale verschillen en veranderingen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht
- GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE - 1983. Spreiding van huisartsen en tandartsen over Nederland, gelijke doelstellingen, verschillende regels. Gezondheid en Samenleving, 4, no.2, 99-109
- GROL, R. - 1981. Preventieve attitudes van huisartsen. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R. en P. MESKER - 1982. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde: verslag van twee experimentele toetsingsgroepen van huisartsopleiders. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R.P.T.M. (red.) - 1983. Huisarts en somatische fixatie: theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema
- GROL, R. en P. MESKER - 1983a. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde: verslag van zes experimentele toetsingsgroepen. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R. en P. MESKER - 1983b. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact, 38, no.6, 159-162
- GROL, R. - 1983c. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: eindrapportage van het project "Preventie van somatische fixatie" (deel 5). Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R., H. MOKKINK, A. SMITS, J. VAN EIJK, M. BEEK, P. MESKER en J. MESKER-NIESTEN - 1984. Beleving van het huisartsenwerk en zorg voor de patiënt. Medisch Contact, 39, no.44, 1411-1413
- GROL, R. en P. MESKER (red.) - 1984. Huisarts en toetsing: theorie en praktijk van onderlinge toetsing door huisartsen. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R., P. MESKER, T. VAN DER RIJDT, I. TOUW en K. BLANKEN - 1984. Onderlinge toetsing huisartsen: beknopt overzicht toetsingprojecten. Medisch Contact, 39, no.30, 945-949

- GROL, R. en P. MESKER - 1984. Een programma voor onderlinge toetsing voor huisartsen: ervaringen met experimentele toetsingsgroepen. Huisarts en Wetenschap, 27, no.6, 198-204
- GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, P. MESKER, A. SMITS en J. MESKER-NIESTEN - 1985. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving, 6, no.1, 31-40
- GROOT, J.B. DE, A.H.J. VAN DE RIJDT-VAN DE VEN en A.M. TOUW - 1983. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde: tussentijdse rapportage. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- HAAN, M. DE en H. HOLLENBEEK BROUWER - 1982. Normen voor het dokteren van de huisarts: een weinig omschreven vak. Medisch Contact, 37, no.51/52, 1650-1653
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M., R. VAN DER LENDE, J. ORMEL en H. WESSELING - 1983. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: morboecartie of ratiocratie?: een studie naar geneigdheid tot en rationaliteit van voorschrijven. Gezondheid en Samenleving, 4, no.4, 246-255
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. - 1984. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren. Groningen, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- HAGEMAN-SMIT, J. - 1979. De patiënt en de huisarts samen onderzocht: een onderzoek naar vragen van patiënten aan hun huisartsen en de reacties van de huisartsen hierop. Amsterdam, Vrije Universiteit, Huisartsen Instituut
- HAGEMAN-SMIT, J. - 1982. Methodisch werkende huisartsen in de praktijk. Medisch Contact, 37, no.51/52, 1668-1670
- HALFSEN, R., M.J. DROP en H. PHILIPSEN - 1984. Leefwijzen en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlandse bevolking. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg
- HAMERS, R.T.J. en W.G.W. BOERMA - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HEESTERS, J.P. - 1981. Aankleden of uitkleden: een kritische beschouwing van de honorering van de huisarts-vrij beroepsbeoefenaar ten opzichte van de ambtenaar. Tilburg, Katholieke Hogeschool
- HEESTERS, J.P. - 1983. De honorering van de Nederlandse huisarts als vrij-beroepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek. Tilburg, Katholieke Hogeschool. Dissertatie

- HENNINK, M.P. - 1979. Criteria voor huisbezoek. Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 496-500
- HERMANN, C. - 1984. Vrouwelijke artsen in Nederland: een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- HINGSTMAN, L. - 1985a. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1984: statistische gegevens per 1 januari 1984 over huisartsen, adspirant huisartsen en verloskundigen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HINGSTMAN, L. - 1985. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HOED, F.E. DEN en E.M. SLUIJS - 1982. Het meten van methodisch werken: de ontwikkeling van een observatieschema om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- HOLTEN-VRIESEMA, J., C. TOMPOT, H. VAN AALDEREN, K. BLANKEN, J. IBELINGS, F. RIPHAGEN, K. SCHOUWSTRA en G. VENHORST - 1978. Methodisch werken: over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 21, no.9, 322-335
- HONHOFF, B. - 1977. Sociale farmacotherapie in Twente: een analyse van de voorschriften van geneesmiddelen voor ziekenfondsrekening in drie rayons. Utrecht, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- HOOIJMANS, E.M. - 1983. Schattingen van een model van de Nederlandse gezondheidszorg over de jaren 1974, 1975 en 1976. Gezondheid en Samenleving, 4, no.2, 110-118
- HULSHOF, R.E., H.J.P.M. DIJKHUIS, J. THEUNISSEN en J.D. MULDER - 1982. Beoordeling van konsulten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 25, no.11, 431-434
- HUYGEN, F.J.A. - 1978. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 21, no.12, 447-450
- HUYGEN, F.J.A. - 1979. De medische basisopleiding: nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Medisch Contact, 34, no.17, 541-544
- JACOBS, H.M., F.W.M.M. TOUW-OTTEN en R.A. DE MELKER - 1979. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek: de invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. Huisarts en Wetenschap, 22, no.6, 266-234

- JACOBS, H.M. en H.M. PIETERS - 1984. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: verschillen in professioneel handelen in het begin van de opleiding. Medisch Contact, 39, no.13, 410-412
- JASPERS, F., J. HAMEL en G. SCHRIJVERS (red.) - 1980. Artsen in dienstverband. Deventer, Kluwer
- JESSEN, J.L. - 1974. Medische consumptie. Groningen, Rijksuniversiteit
- KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) - 1982. Gedragsregels voor artsen. Utrecht
- KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) - 1985. Jaarverslag 1984. Medisch Contact, 40, no.34, 1028-1047
- KAPTEIN, A.A. - 1979. Huisbezoek: wat vindt de patiënt ervan? Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 504-509
- KERKHOFF, A.H.M. - 1983. Veranderingen in het prescriptiepatroon: quantum sufficit? Medisch Contact, 38, no.37, 1164-1168
- KIMSMA, G.K. en H.A.M.J. TEN HAVE - 1984. De arts-patiëntrelatie tussen beeld en werkelijkheid. Medisch Contact, 39, no.6, 173-177
- KOCKEN, E. en K. VAN TIL - 1981a. Gespreksvoering huisartsen gesystematiseerd. Medisch Contact, 36, no.12, 341-345
- KOCKEN, E. en K. VAN TIL - 1981b. De verantwoordelijke patiënt en zijn dokter. Medisch Contact, 36, no.39, 1181-1187
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1979. De doelmatigheid van het medisch onderwijs op somatisch gebied voor de huisartsgeneeskunde. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1980a. De doelmatigheid van het medisch onderwijs op somatisch gebied voor de huisartsgeneeskunde: medisch technische vaardigheden (deel 2). Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1980b. Doelmatigheid medisch onderwijs en uitoefening huisartsberoep. Medisch Contact, 35, no.4, 119-122
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1980c. Doelmatigheid medisch onderwijs en uitoefening van het huisartsberoep: medisch technische vaardigheden. Medisch Contact, 35, no.47, 1455-1459
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1982a. Evaluatie part-time beroepsopleiding tot huisarts. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde
- KOLTHOFF-TAN, L. - 1982b. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde: een nadere begripsbepaling. Huisarts en Wetenschap, 25, no.6, 234-236

- KOLTHOFF-TAN, L. - 1982c. De invoering van toetsing: een literatuurstudie. Huisarts en Wetenschap, 25, no.12, 490-494
- KOOIJ, L.R. - 1982. De inhoud van nascholing. Huisarts en Wetenschap, 25, 2, 62-67
- KOOIJ, S. VAN DER - 1979. Wat doet de huisarts thuis? Huisarts en Wetenschap, 22, no.12, 501-503
- KORTENHOEVEN, D. - 1982. Verboden toegang voor onbevoegden: een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- KORTENHOEVEN, D. - 1985. Vrouwelijke huisartsen: belemmerd bij vestiging? Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- KRAAIJVELD, M. - 1984. "Centrum-assistentie", een beroep in ontwikkeling. De Eerste Lijn, 9, no.1, 12-13
- KUYVENHOVEN, M. en F. TOUW-OTTEN - 1978. De verschillen en overeenkomsten in frekwentie van eerste contacten tussen agrarische, autochtone en forenzen-gezinnen. Utrecht, Rijksuniversiteit, Instituut huisartsgeneeskunde
- KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN en J.C. VAN ES - 1984a. Written simulation of patiënt-doctor encounters: research instrument for registration of the performance of general practitioners (part 1). Family Practice, 1, no.1, 14-19
- KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN en J.C. VAN ES - 1984b. Comparison of the performance in the simulation with prescription and the referral data in reality. Family Practice, 1, no.2, 25-29
- KUYVENHOVEN, M.M., H.M. PIETERS, H.M. JACOBS en F.W.M.M. TOUW-OTTEN - 1985. De kwaliteit van de hulpverlening bij patiënten met vage klachten. In: De eerste lijn ondezocht: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red.). Deventer, Van Loghum Slaterus, 40-49
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1975. Blauwdruk Beleid Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1977. De Taken van de huisarts: rapport van de Commissie Takenpakket der Landelijke Huisartsen Vereniging. Medisch Contact, 32, no.24, 765-789
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1977. Nieuwe Blauwdruk. Medisch Contact, 32, no.31, 973-977
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1980. Huisarts en samenwerking. Utrecht
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1981a. Naar een nieuwe honorering. Utrecht

- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1981b. Nota Vestigingsregelingen. Utrecht
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1981c. Functieomschrijving van de huisarts. Utrecht
- LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) - 1983. Basis-takenpakket van de huisarts. Utrecht
- LVG (Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra) - 1983. Discussie-nota centrumassistentie. Utrecht
- LAANE, H.M. - 1983. De kosten van geneesmiddelen in het bejaarden-centrum: een onderzoek naar de kosten van de receptuur in een huisartspraktijk vóór en na de komst van een bejaardencentrum. Medisch Contact, 38, no.50, 1571-1572
- LAMBERTS, H. en Ch. VAN WEEL - 1978. Huisarts en wetenschap: een paradigma? Huisarts en Wetenschap, 21, no.3, 82-83
- LAMBERTS, H. - 1981a. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts?: het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject: geaggregeerde gegevens (deel 1). Huisarts en Wetenschap, 24, no.10, 371-378
- LAMBERTS, H. - 1981b. Praktische aspecten van een vestigingsbeleid in de eerstelijnsgezondheidszorg: de betekenis van geografische en verbruiksfactoren. Medisch Contact, 36, no.10, 269-275
- LAMBERTS, H. - 1982. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 25, no.10, 401-414
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN - 1982. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject (deel 2). Huisarts en Wetenschap, 25, no.10, 376-388
- LAMBERTS, H. - 1983. Huisartsgeneeskundig handelen per diagnose: een model uit het monitoringproject. Huisartsen Wetenschap, 26, no.12, 438-447
- LEEUEWEN, Y.D. VAN - 1982. Toetsstenen en struikelblokken: een kritische beschouwing van de evaluatie van de beroepsopleiding tot huisarts. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde
- LEEUEWEN, Y.D. VAN - 1983. Evaluatie van de beroepsopleiding tot huisarts. Medisch Contact, 38, no.33, 1023-1026
- LISDONK, E.H. VAN DE - 1985. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie

- LUIJKX, J.B. - 1985a. Wie komt er vaak bij de huisarts?: de bezoeks-frequentie voor kleine somatische aandoeningen (deel 1). Medisch Contact, 40, no.21, 643-645
- LUIJKX, J.B. - 1985b. Wie komt er vaak bij de huisarts?: de bezoeks-frequentie voor ernstige somatische klachten (deel 2). Medisch Contact, 40, no.22, 675-676
- LUIJKX, J.B. - 1985c. Wie komt er vaak bij de huisarts?: de bezoeks-frequentie voor psychosociale problemen (deel 3). Medisch Contact, 40, no.23, 695-697
- LUIJKX, J.B. - 1985d. Wie komt er vaak bij de huisarts?: de bezoeks-frequentie voor medische controles (slot). Medisch Contact, 40, no.24, 731-732
- MAREL, C. VAN DER - 1984. Apotheekhoudende huisarts. In: Vademecum Praktijkvoering Medische Beroepen: R.S. ten Cate, E.C. Koel, T. Landheer, et al. (red.) Alphen aan de Rijn, Samsom, M4250-1 -M4250-42
- MEES, J.M. - 1979. Drie paradigma's in de geneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 22, no.7, 288-290
- MES, J. - 1985. Praktijkverkleining en goodwill-afschaffing: meningen van huisartsen. Medisch Contact, 40, no.37, 1117
- MESKER, P.J.R., J.J.L.M. MESKER-NIESTEN en H.G.A. MOKKINK - 1982. Een protocollaire benadering bij keelpijn. Huisarts en Praktijk, 25, no.6, 44-48 (supplement Huisarts en Wetenschap)
- MESKER-NIESTEN, J.J.L.M., H.G.A. MOKKINK, P.J.R. MESKER, V.C.L.M.G. TIELENS, M. BEEK, J.TH.M. VAN EIJK, R. GROL en J.A. SMITS - 1983. Een protocollaire benadering van rugpijn. Huisarts en Praktijk, 26, no.7, 41-48 (supplement Huisarts en Wetenschap)
- METSEMAKERS, J.F.M., P.A.J. BOUHUIJS en G.M.H.I. BEUSMANS - 1982. De Ardennencursus 1981 belicht: onderzoek naar de leerpunten van een nascholingscursus voor huisartsen. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg
- METSEMAKERS, J.F.M., P.A.J. BOUHUIJS, G.M.H.I. BEUSMANS - 1983. Terug naar de Ardennen: een evaluatie van twee nascholingscursussen volgens het Warffum-model. Huisarts en Wetenschap, 26, no.5, 189-193
- METZ, J.C.M. - 1984. Medische competentie: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van het gestructureerd klinisch examen. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- MEYMAN, F. - 1984. Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartsenpraktijken: een retrospectief onderzoek naar de doeltreffendheid van een actief en een passief opsporingsbeleid. Huisarts en Wetenschap, 27, no.11, 372-378

- MEYBOOM, W.A., D. POST en S. THOMAS - 1984a. Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen: een onderzoek naar het voorschrijfgedrag van drie huisartsen bij kinderen van 0-4 jaar (deel 1). Huisarts en Wetenschap, 27, no.9, 300-302
- MEYBOOM, W.A., D. POST en S. THOMAS - 1984b. Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen: een nadere analyse van het voorschrijfgedrag van drie huisartsen bij kinderen van 0-4 jaar (deel 2). Huisarts en Wetenschap, 27, no.9, 303-305
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1985. Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MOKKINK, H., A. SMITS en R. GROL - 1982. PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no.1, 35-50
- MOOTZ, M. - 1980. Sociale indicatoren, gezondheidstoestand en verzekeringvorm. Medisch Contact, 36, no.28, 857-860
- MOOTZ, M. - 1981. De patiënt en zijn naasten: de invloed van de houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie
- MULDERS, L. - 1984. Nogmaals: centrumassistente. De Eerste Lijn, 9, no.2, 27
- MULDERS, L. - 1985. De (rechts-)positie van de doktersassistente. NVDA-Nieuws, 12, no.1, 11-12
- MIJN, W.B. VAN DER - 1982. Beroepswetgeving in de gezondheidszorg. Deventer, Kluwer
- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) - 1984. Commissie Toetsing Nederlands Huisartsen Genootschap: onderlinge praktijkobservatie, een draaiboek voor koppels huisartsen. Huisarts en Wetenschap, 27, no.4, 130-134
- NHI (Nederlands Huisartsen Instituut) - 1982. Beschrijving van de registratiesystemen van gevestigde en adspirant huisartsen. Utrecht
- NVDA (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) - 1984a. Beroepsprofiel van de doktersassistent(e). Utrecht
- NVDA (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) - 1984b. Uitslag enquêtes. NVDA-Nieuws, 11, no.4, 10-16
- NEVEN, E.J.J. - 1980. Uitstelduur en praktijkvoering: een onderzoek in een aantal huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit. Dissertatie

- ORMEL, H. - 1980. Moeite met leven of een moeilijk leven: een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders. Groningen, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- PETERS, J.H. - 1982. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema. Dissertatie Universiteit van Amsterdam
- PETERS, L. - 1984. Financiële problematiek van gezondheidscentra: fase 2: een onderzoek naar de financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband en een vergelijking van de financiële mogelijkheden van centra met en centra zonder hulpverleners in dienstverband. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- PIERLOOT, R. (red.) - 1981. Arts-patiënt relaties. Alphen aan de Rijn, Stafleu
- PIERLOOT, R. en S. VERHAEST - 1982. De patiënt-huisarts relatie als voorwerp van psychologisch research. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no.1, 3-17
- PIETERS, H.M. en H.M. JACOBS - 1983. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: een gedetailleerd consultobservatie. Medisch Contact, 38, no.49, 1539-1542
- PLOEG, H.M. VAN DER - 1980. Persoonlijkheid en medische consumptie: een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsbezoek. Lisse, Swets & Zeitlinger. Dissertatie Universiteit van Amsterdam
- PLOEG, H.M. VAN DER en F.L. SANAVRO - 1982. De huisarts-patiënt relatie en de frequentie van dokterscontact. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no.1, 69-79
- POOL, J. en J.J. POOL - 1983. Beroepssocialisatie co-assistenten. Medisch Contact, 38, no.22, 655-658
- POST, D. - 1982a. Het gebruik van benzodiazepines in de huisartspraktijk: een onderzoek in eigen huis (deel 1). Medisch Contact, 37, no.30, 896-899
- POST, D. - 1982b. Het gebruik van benzodiazepines in de huisartspraktijk: naar een rationele therapie (deel 2). Medisch Contact, 37, no.31, 925-928
- POST, D. - 1984a. Wijzigingen in prescriptie: het effect van de oktober- en de februari maatregel. Medisch Contact, 39, no.1, 19-21
- POST, D. 1984b. Praktijkverkleining bij huisartsen: kwaliteitsverbetering of werkverschaffing? Medisch Contact, 39, no.17, 533-536

- POST, D. - 1984c. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Zwolle, Regionaal Ziekenfonds Zwolle
- POST, D. - 1985a. Verschuiving van tweede naar eerste lijn. Medisch Contact, 40, no.13, 387-388
- POST, D. - 1985b. Eigen bijdrage en prescriptie. Medisch Contact, 40, no.23, 687-689
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1977. Tussen eerste en tweede echelon: onderzoek op macro-niveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- PRINS, R. - 1985. Arbeidsongeschiktheid en de taken van de huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskunde: een internationale vergelijking. Gezondheid en Samenleving, 6, no.1, 41-49
- RAAT, H. en G. GOUDRIAAN - 1985. Kwaliteitssystemen en professionele autonomie: intercollegiale toetsing, protocollaire geneeskunde en evaluatieonderzoek. Medisch Contact, 40, no.27, 806-808
- REE, J.W. VAN - 1981. Het Nijmeegse interventieproject. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- REE, J.W. VAN, W. VAN GERWEN en H. VAN DEN HOOGEN - 1985a. Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten: resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipsitas en roken (deel 1). Huisarts en Wetenschap, 28, no.1, 21-24
- REE, J.W. VAN, W. VAN GERWEN en H. VAN DEN HOOGEN - 1985b. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. Huisarts en Wetenschap, 28, no.2, 53-58
- REE, J.W. VAN, W.J.H.M. VAN DEN BOSCH en G.E.H.M. RUTTEN - 1985. Praktijkmanagement en hypertensiebeleid. Huisarts en Wetenschap, 28, no.4, 133-136
- ROOLVINK, E.G.J.J. - 1983. Verwijs- en voorschrijfgedrag in de huisartspraktijk: effecten van de overgang van een solo- in een duopraktijk. Medisch Contact, 38, no.19, 568-570
- ROOLVINK, E.G.J.J.- 1985. Huisarts en surveillance. Medisch Contact, 40, no.20, 609-610
- ROSCAM ABBING, H.D.C. - 1985. Huisarts en gezondheidswetgeving in Nederland. In: Nieuw kompas voor de huisarts: W. Brouwer, J.B. de Groot, H. Janssens, et.al. (red.). Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, I/7-1 - I/7-12
- RUTTEN, F.F.H. en J. VAN DER GAAG - 1977. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. Health Services Research, 12, no.3, 233-249

- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985a. Huisarts, huidarts of patiënt. Medisch Contact, 40, no.11, 325-326
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985b. Kleine chirurgie: door wie? Medisch Contact, 40, no.12, 367-368
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985c. Contrôles bij diabetes mellitus: een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Medisch Contact, 40, no.13, 389-390
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985d. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Medisch Contact, 40, no.14, 432-434
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985e. Chronische bronchitis: opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taak en rol van de patiënt. Medisch Contact, 40, no.15, p.457-458
- RIJDT-VAN DE VEN, A.H.J. VAN DE, A.M. TOUW en J.B. DE GROOT - 1983. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde: eindverslag van de experimentele fase. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- RIJDT-VAN DE VEN, A.H.J. VAN DE, DE A.M. TOUW en J.B. DE GROOT - 1984. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde: eindverslag van de experimentele fase (samenvatting). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- RIJDT-VAN DE VEN, A.H.J. VAN DE, A.M. TOUW en J.B. DE GROOT - 1985. Onderlinge toetsing voor huisartsen: een werkboek voor de begeleiding van groepsgewijze toetsing waarbij de groep zelf normen en criteria voor toetsing ontwikkelt. Utrecht, Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor de huisarts en de eerstelijnszorg
- SANAVRO, F.L. - 1982. Probleempatiënten in de huisartspraktijk: oordelen van artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiënten-carrière. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- SANAVRO, F.L. - 1984. Van huiskamer tot spreekkamer: de samenhang tussen afstand en huisartsbezoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no.12, 478-480
- SCHOUTEN, J.A.M. en L. DE GROOT - 1981. Dokters in wording. In: Arts-patiënt relaties: R. Pierloot (red.). Alphen aan de Rijn, 117-147
- SCHOUWSTRA, C.P. - 1981. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. Huisarts en Wetenschap, 24, no.11, 442-447
- SCHRAVEN, D.L.M. en J.W. VAN REE - 1985. Invoering van een eerstelijnsprogramma ter preventie van hart- en vaatziekten. In: De eerste lijn onderzocht: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red.). Deventer, Van Loghum Slaterus, 112-119

- SCHULTSZ, B. - 1982. Vestiging verboden: de president van de rechtbank en gedragsregel 55 van de KNMG. Medisch Contact, 37, no.38, 1193-1195
- SEELEN, A.M.R., W.M. VAN ZUTPHEN en J.P.M. DIEDERIKS - 1985. Een rol voor de wijkverpleegkundige bij de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Huisarts en Wetenschap, 28, no.4, 129-132
- SIGLING, H.O. en J.P.M. VAN DER VOORT - 1981. De basisopleiding tot arts aan de Vrije Universiteit. Medisch Contact, 36, no.18, 545-550
- SIPS, A.J.B.I. - 1984. Wordt huisartsgeneeskunde door praktijkverkleining versterkt? Medisch Contact, 39, no.4, 113-116
- SLUIJS, E.M. - 1983a. Is methodisch werken meetbaar?: methodisch werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag (deel 1) Huisarts en Wetenschap, 26, no.8, 290-292
- SLUIJS, E.M. - 1983b. Is methodisch werken meetbaar?: de bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorieën (deel 2) Huisarts en Wetenschap, 26, no.8, 293-296
- SMITS, A., H. MOKKINK en P. MESKER - 1983. Eindrapport project preventie van somatische fixatie: spreekuurgedrag PREVARA (deel 4). Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- SMITS, A., M. BEEK, M.LASEUR, A. HENDRIKS en H. MOKKINK - 1983. Sekse-specifiek gedrag van de huisarts: een onderzoek naar de invloed van de sekse van de patiënt op het spreekuurgedrag van de mannelijke huisarts. Gezondheid en Samenleving, 4, no.3, 154-160
- SMITS, A., H. MOKKINK, R. GROL, J. VAN EIJK, M. BEEK, J. MESKER-NIESTEN en P. MESKER - 1985. Spreekuurgedrag van huisartsen: de samenhang tussen de medisch-technische en de psychosociale aspecten. Huisarts en Wetenschap, 28, no.4, 121-125
- SONSBEEK, J.L.A. VAN - 1984. Effecten van reis- en wachttijd op huisartsbezoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no.20, 791-795
- SPREEUWENBERG, C. - 1981. Huisarts en stervenshulp: een exploratief onderzoek naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt. Deventer, Van Loghum Slaterus. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen
- SPREEUWENBERG, C. - 1985. De taak van de huisarts bij stervende bejaarden. Metamedica, 64, no.2, 126-134

- STAVAREN, G. VAN - 1983. Geneeskunde-studenten en het huisartsberoep: een onderzoek naar de houding van studenten t.a.v. diverse aspecten van het huisartsberoep. *Gezondheid en Samenleving*, 4, no.4, 238-245
- STAVAREN, G. VAN - 1984. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen. Amsterdam, VU Uitgeverij. Dissertatie Vrije Universiteit
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE - 1983. Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn: de casus Hoogeveen. *Medisch Contact*, 38, no.17, 512-514
- THEMANS, B. - 1979. Het gesprek tussen huisarts en patiënt: een analysemodel. *Huisarts en Wetenschap*, 22, no.3, 122-128
- THEMANS, B. - 1982. Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts: een analyse van het gesprek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 37, no.1, 81-93
- THOMASSEN, J.F.M. en F.J.M. WOLTRING - 1982. Patiënt en huisarts in gesprek: een analyse van de inhoud en het communicatie verloop van consulten over nieuwe klachten. *Huisarts en Wetenschap*, 25, no.12, 470-479
- TIELENS, V.C.L. en R.P.T.M. GROL - 1984. Beleving van de opleiding tot huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 27, no.3, 101-103
- TIELENS, V.C.L., H. MOKKINK en P. MESKER - 1985. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 28, no.2, 44-48
- TOUW-OTTEN, F. - 1981. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde: analyse van dissertaties en enkele wegen tot structurering van huisartsgeneeskunde als discipline. Deventer, Van Loghum Slaterus. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht
- TROUW - 1985. Artsen ongerust door optreden staatssecretaris. *Dagblad Trouw*, 30 augustus
- UHLENBROEK, H. - 1985. Vestigingsbeleid, Ex ZFW? Ex WVG? *Medisch Contact*, 40, no.18, 557-559
- VEEN, W.A. VAN - 1985. Preventie en praktijkvoering. *Huisarts en Wetenschap*, 28, no.4, 118-120
- VEN, W.P.M.M. VAN DE, F.A. NAUTA, R.C.J.A. VAN VLIET en F.F.H. RUTTEN - 1980. Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. *Gezondheid en Samenleving*, 1, no.4, 224-254
- VEN, W.P.M.M. VAN DE en J. VAN DER GAAG - 1982. Health as an unobservable, a MIMIC-model of demand for health care. *Journal of Health Economics*, 1, no.2, 157-183

- VEN, W.P.M.M. VAN DE - 1985. De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, no.1, 20-30
- VERDENIUS, W. - 1980. Verloskundige vaardigheden van toekomstige huisartsen. Medisch Contact, 35, no.34, 1026-1031
- VERHAAK, P.F.M. - 1981. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 36, no.1, 31-46
- VERHAAK, P.F.M. - 1983. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek: eerste interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1984a. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek: tweede interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1984b. Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts wat de andere niet ziet? Gezondheid en Samenleving, 5, no.4, 242-251
- VERHOEVEN, M.W.E. - 1984. Compliance en de arts-patiënt-relatie. In: Nieuwe wetenschappers voor de gezondheidszorg: 20 samenvattingen van onderzoeksscripties in het kader van het eerste doctoralexamen 1984 Sociale Gezondheidskunde/Gezondheidswetenschappen. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 106-116
- VERKLEIJ, H., I.P. SPRUIT, J.P.A.M. BASTIAANSEN en M.G. VAN NIEUWENHUIJZEN - 1984. Gezondheidsklachten en hulpvragen van werklozen. Medisch Contact, 39, no.45, 1441-1444
- VESSEUR, J. en G.J. BREMER - 1975. Publicaties van huisartsen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1900-1957. Huisarts en Wetenschap, 18, no.3, 105-114
- VISSERS, T.C.G.M. - 1983. Protocollaire geneeskunde. Medisch Contact, 38, no.23, 685-688
- VLIET, R.C.J.A. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN - 1982. Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden: een secundaire analyse van de LSO'77-enquête. Gezondheid en Samenleving, 3, no.2, 54-69
- VLIET, R.C.J.A. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN - 1983. Analyse van verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Economisch Statistische Berichten, 68, no.3406, 456-461
- VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN - 1983. Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden: deel 2. Leiden, Rijksuniversiteit, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector (COEPS)

- VOORN, TH.B. - 1983. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht
- VOORT, H. VAN DER - 1980. Zelftoetsing door huisartsen: draaiboek voor groepen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap
- VOORT, J.P.M. VAN DER en H.O. SIGLING - 1981. De beroepsopleiding aan de Vrije Universiteit. Medisch Contact, 36, no.17, 515-520
- WAL, G. VAN DER - 1984. Voor differentiëring binnen het abonnements-honorarium. Huisarts en Praktijk, 27, no.8, 68-71 (supplement Huisarts en Wetenschap)
- WARMENHOVEN, N.E. - 1985. De rechten van de patiënt: opvattingen van huisartsen en patiënten. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- WEEL, C. VAN - 1980. Op weg naar praktijkverkleining. Medisch Contact, 35, no.8, 242-244
- WEEL, C. VAN - 1981. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Rotterdam, Erasmus Universiteit. Dissertatie
- WEEL, C. VAN - 1984. Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: het screenen van vrouwen die langdurig tot de praktijk behoren (deel 1): Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek (deel 2). Huisarts en Wetenschap, 27, no.11. 379-385
- WEEL, C. VAN - 1985. Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom: het verband tussen screening en inschrijvingsduur. Huisarts en Wetenschap, 28, no.7, 242-243
- WERF, G.TH. VAN DER - 1982. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? Huisarts en Wetenschap, 25, no.2, 46-49
- WERF, G.TH. VAN DER - 1984. Geneeskundige oordeelsvorming: onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts. Amsterdam, Rodopi. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen
- WIJKEL, D. en D. VAN DER GRIJN - 1982. Huisarts en diagnostisch centrum. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, Nationaal Ziekenhuisinstituut
- WIJMA, K. - 1981. Onderwijs in gespreksvoering aan medisch studenten. In: Arts-patiënt relaties: R. Pierloot (red.). Alphen aan de Rijn, Stafleu, 164-186
- IJSBRANDY, C.M. - Vestigingsbeleid en inkomen. In: Vestigingsbeleid voor huisartsen: P.P. Groenewegen (red.). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 43-60

- IJZERMANS, J. en R. VAN AMSTEL - 1979. Kent een huisarts zijn patiënten: een onderzoek naar wat een huisarts weet van de persoonlijke problemen van zijn patiënten. Huisarts en Wetenschap, 22, no.4, 148-152
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg
- ZEE, J. VAN DER - 1985a. Sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk: een pleidooi voor de empirie. In: De eerste lijn onderzocht: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red.). Deventer, Van Loghum Slaterus, 193-206
- ZEE, J. VAN DER - 1985b. Herverkavelen in de gezondheidszorg: belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering. Medisch Contact, 40, no.16, 443-445
- ZIEKENFONDSRAAD - 1984. Tweede evaluatienota voorlopige richtlijnen gezondheidscentra. Amstelveen
- ZIEKENFONDSRAAD - 1985. Huisartsenconvenant in strijd met wettelijke regelingen. Nederlandse Staatscourant, no.160, 3
- ZUTPHEN, W.M. VAN - 1984. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie

3 Fysiotherapeut

P.P. Groenewegen

1. INLEIDING	147
2. HET AANBOD AAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG	147
2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep	147
2.2. De geografische spreiding van fysiotherapeuten	150
2.3. Praktijkvorm en praktijkorganisatie	150
2.4. Opleiding, toetsing, nascholing	152
3. TAKEN EN WERKWIJZE	153
4. HET GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG	157
4.1. Het gebruik van de zorg	157
4.2. Verwijzen naar fysiotherapie	162
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	167
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	171
LITERATUUR	172

1. INLEIDING

Doel van dit stuk is een overzicht te geven van wat er tot op heden aan onderzoek is gedaan naar positie, structuur en functioneren van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg en met name de eerstelijns van de gezondheidszorg. Naast een overzicht van wat er is, zullen we de leemtes trachten aan te geven in de kennis over de fysiotherapie. Evenals in de overige bijdragen in deze trendstudie zal onderzoek naar de meer technische kanten van het beroep, bijvoorbeeld over welke therapie werkzaam is bij welk soort klachten, in dit overzicht buiten beschouwing blijven. Bij het zoeken naar de relevante publicaties hebben wij ons niet beperkt tot wat er in de Vaktijdschriften voor fysiotherapeuten, artsen of onderzoekers van de gezondheidszorg verschenen is. Er is ook gebruik gemaakt van de zogenaamde 'grijze literatuur', rapporten, nota's en scripties. Dat is vooral gedaan omdat er betrekkelijk weinig gezondheidszorgonderzoek naar de fysiotherapie uitgevoerd en gepubliceerd is.

De bespreking van het onderzoek is in vijf hoofdstukken verdeeld. Het eerste hoofdstuk betreft de aanbodzijde: omvang en samenstelling van de beroepsgroep, praktijkorganisatie enzovoort. Het tweede hoofdstuk gaat over taken, taakopvatting en werkwijze van fysiotherapeuten. Het derde hoofdstuk betreft de vraag naar, en het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In dit hoofdstuk komt ook het verwijzen aan de orde als intermediair tussen vraag en aanbod. Daarna volgt een hoofdstuk over kosten, financiering en regelingen op het gebied van de fysiotherapie. Tot slot geven we een opsomming van de naar ons idee belangrijkste leemtes.

2. HET AANBOD AAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG

2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep

Exacte cijfers omtrent de omvang en samenstelling van de beroepsgroep fysiotherapeuten bestaan niet. Er bestaan wel schattingen omtrent omvang en samenstelling van de beroepsgroep (Van Brunshot, 1981) en gegevens over beroeps participatie en beroepsuitoefening op basis van enquêtes. Deze laatste gegevens zijn te vinden in het zogenaamde 'rapport Smal' (Smal, 1972) en de enquêtes beroepsuitoefening.

fening fysiotherapie van 1971 en 1975 (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1972 en 1977). Over de wenselijkheid en mogelijke opzet van een permanent informatiesysteem van mankracht in de fysiotherapie is in 1980 en 1981 gerapporteerd (Bijlsma, Groenewegen, Monteny, e.a. 1980, 1981).

X Door het Instituut van Gezondheidszorg, (Van Brunschot, 1981) is in opdracht van het Ministerie van WVC een onderzoek gedaan naar de samenstelling naar leeftijd en geslacht, verdeling over de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en spreiding over gezondheidsregio's 1) van de beroepsgroep fysiotherapeuten. Van Brunschot schat dat er in maart 1981 \pm 10.500 werkzame fysiotherapeuten waren, van wie er \pm 6.000 in de eerstelijns werkten (als praktijkhouder of als medewerker in een praktijk) en \pm 3.500 in instellingen werkzaam waren. De resterende \pm 1.000 fysiotherapeuten zijn in andere functies binnen en buiten de gezondheidszorg werkzaam. Via poliklinisch werk zijn de fysiotherapeuten die in instellingen werken, ook voor een deel werkzaam in de extramurale sector. Hoe groot die groep precies is, is niet bekend (en ook niet door Van Brunschot geschat). Uit onderzoek van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, (Schoppenhauer en Cox, 1980) blijkt dat in de negen onderzochte algemene ziekenhuizen aan poliklinische behandelingen ongeveer evenveel tijd besteed wordt als aan klinische behandeling. Het aantal werkzame fysiotherapeuten is zeer sterk gestegen in de afgelopen decennia. Een tijdreeks van de ontwikkeling bestaat echter niet. De opstellers van de rapportage over de enquête beroepsuitoefening 1971 schatten het aantal werkzame fysiotherapeuten toen op minstens 4.000. Dit aantal is in tien jaar tijd met 160% toegenomen tot 10.500 (Van Brunschot, 1981). Op basis van de uitsplitsing naar sector waar men werkzaam is, valt te berekenen dat de toename in de intramurale sector geringer geweest is dan die in de extramurale sector.

X Ontwikkelingen over een langere periode zijn wel af te leiden uit het aantal examens en uit het ledental van het Nederlands Genootschap van Fysiotherapie. Deze gegevens zijn bijeen gebracht door Kortenhoeven (1983). Het aantal examens heilgymnastiek/massage kwam in 1948 voor het eerst boven de 100. In 1961 kwam het aantal boven de 200; in 1966 boven de 300 en in 1967 boven de 400. In 1969 vinden de eerste examens fysiotherapie plaats. In 1971 zijn er al meer dan 500. Het aantal examens fysiotherapie ligt vanaf 1977 boven de 1.000 per jaar. Het ledental van het Nederlands Genootschap van Fysiotherapie is sinds 1948 meer dan vertienvoudig. De groei van het ledental is in de tweede helft van de jaren zestig en de eerste ja-

ren van de jaren zeventig het grootst geweest.

Van de werkzame fysiotherapeuten is naar schatting 60% van het vrouwelijk geslacht (Van Brunshot, 1981). Tien jaar eerder was dat 56% (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1972).

Mede door het grote aantal vrouwelijke fysiotherapeuten is het aantal part-time werkenden relatief hoog. Volgens de Enquête beroepsuitoefening 1971 werkt bijna de helft van de fysiotherapeuten part-time. Daarnaast is ook een deel van de gediplomeerden niet werkzaam als fysiotherapeut. Ten tijde van de Enquête beroepsuitoefening 1971 was dat 24%, in 1981 23% (Van Brunshot, 1981). Bij de Enquête beroepsuitoefening 1975 was het percentage niet werkzame fysiotherapeuten 19%.

Op grond van eigen enquête-gegevens is door Smal (1972) geschat welk deel van het arbeidspotentieel in de fysiotherapie feitelijk gebruikt wordt. Rekening houdend met het aantal niet werkzame fysiotherapeuten en het aantal arbeidsuren van de werkzame fysiotherapeuten, komt hij tot de conclusie dat iets meer dan de helft (53%) van het arbeidspotentieel gebruikt wordt ²). Op grond van de gegevens in de Enquête beroepsuitoefening 1971 kan berekend worden (onder de veronderstelling dat alle part-timers voor 50% werkzaam zijn) dat bijna 60% van het arbeidspotentieel gebruikt wordt. Voor de huidige situatie bestaan er geen schattingen van het deel van het arbeidspotentieel dat feitelijk gebruikt wordt.

Door de recente toename van het aantal fysiotherapeuten is het aantal jonge fysiotherapeuten hoog. Van Brunshot schatte dat ruim 40% van de extramuraal werkzame en meer dan 60% van de intramuraal werkzame fysiotherapeuten jonger dan 30 jaar is. Voor beide sectoren tezamen is in maart 1981 naar schatting de helft jonger dan 30 jaar. In tien jaar tijd is het percentage onder de dertig jaar dus toegenomen; bij de Enquête beroepsuitoefening was het 42%. Door Van Brunshot zijn geen schattingen van de leeftijdsverdeling voor mannen en vrouwen apart gemaakt. In de Enquête beroepsuitoefening 1971 en 1975 zijn deze gegevens wel te vinden. Daaruit blijkt dat het percentage onder de dertig jaar lager was onder de mannen.

Gezien de geringe hoeveelheid gegevens en de vaak slechte kwaliteit van de gegevens die er zijn, is het niet zo verwonderlijk dat er nauwelijks berekeningen van de toekomstige omvang en samenstelling van de beroepsgroep te vinden zijn. De enige (ons bekende) uitzondering is te vinden in het rapport van Smal (1972). Hij heeft de ontwikkeling van de opleidingscapaciteit achteraf gezien erg laag ingeschat. Hij hanteerde twee alternatieve veronderstellingen: alternatief I: geen uitbreiding van de opleidingscapaciteit; alter-

natief II: 2% uitbreiding per jaar. Uit zijn berekeningen wordt de toename van het aantal fysiotherapeuten maar al te duidelijk. Hij voorspelde in 1972 dat er in 1980 11.925 fysiotherapeuten zouden zijn. Deze voorspelling is lager dan het feitelijk aantal gediplomeerden, maar ook met deze voorspelling kon men op zijn vingers neltellen dat er fricties tussen vraag en aanbod zouden gaan optreden. Smal heeft dat in zijn rapport laten zien. Voor 1980 verwachtte hij nog een evenwicht tussen vraag en aanbod, maar in de jaren daarna verwachtte hij een snellere toename van het aantal fysiotherapeuten.

2.2. De geografische spreiding van fysiotherapeuten

Onderzoek naar de achtergronden en oorzaken van regionale verschillen in fysiotherapeuten-dichtheid is nog nooit uitgevoerd (naar mijn weten ook niet buiten Nederland). Er zijn wel enkele beschrijvende gegevens over de spreiding van fysiotherapeuten. Van Brunschot (1981) heeft zich niet aan een schatting van het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten per regio gewaagd. De meest recente gegevens over de spreiding stammen daardoor uit 1975, maar deze gegevens laten geen uitsplitsing naar de sector van de gezondheidszorg toe (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1977). De fysiotherapeuten-dichtheid was toen het hoogst in de provincie Utrecht, gevolgd door de provincies Noord- en Zuid-Holland en Gelderland met al vier of meer fysiotherapeuten per 10.000 inwoners. De laagste dichtheden zijn te vinden in Friesland, Drenthe en Zeeland met minder dan drie per 10.000 inwoners.

2.3. Praktijkvorm en praktijkorganisatie

Extramuraal werkzame fysiotherapeuten kunnen in verschillende praktijksituaties werkzaam zijn. Ze kunnen werkzaam zijn als zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar (al of niet in maatschap met een andere zelfstandige beroepsbeoefenaar); ze kunnen op nota-basis werkzaam zijn in de praktijk van een zelfstandig beroepsbeoefenaar en ze kunnen in dienstverband werkzaam zijn van een stichting of instelling of van een andere fysiotherapeut.

Hoewel de fysiotherapeut niet rechtstreeks toegankelijk is voor patiënten (zie ook hfst. 5), wordt wel melding gemaakt van een vrij spreekuur (vergelijk Bertels, Ten Brummeler, van Dijkum e.a., 1983 en 1985) waarin de 'intake' plaats vindt en waarna zo nodig een

formele verwijzing plaats vindt. In het onderzoek onder de Amsterdamse gezondheidscentra wordt melding gemaakt van zo'n vrij spreekuur.

Hoe de situatie in andere gezondheidscentra en andere praktijksituaties is, is niet bekend.

Tussen vrije toegankelijkheid en strikte regulering via de verwijzing bestaan natuurlijk een aantal tussen-mogelijkheden van samenwerking en consultatie. Samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere eerstelijns hulpverleners is onderwerp geweest van veel beschouwingen en casuïstische beschrijvingen (vergelijk voor de samenwerking met de huisarts: de Melker, 1981; met het maatschappelijk werk: Van der Wel, 1982; met de wijkverpleging: Schut, van Rooyen, Westland, 1983). Onderzoek naar de inhoud en eventuele uitkomsten van de samenwerking is, behalve in het project rond de Amsterdamse gezondheidscentra, niet gedaan. Toch is dit een belangrijk onderwerp, ook gezien het grote aantal fysiotherapeuten dat deelneemt aan bi- of multidisciplinair overleg. Immers, in 70% van de gezondheidscentra maakt de fysiotherapie deel uit van het team en ruim 300 fysiotherapeuten zijn in een gezondheidscentrum werkzaam (Boerma, 1984). Wat betreft de samenwerking buiten gezondheidscentra zijn gegevens beschikbaar die de situatie vanuit de huisarts bezien in kaart brengen. Daaruit blijkt dat bijna de helft van de huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken geregeld patiëntenoverleg met fysiotherapeuten heeft (Wijkkel, 1984).

Twee aspecten van de praktijkorganisatie waarover we niets hebben gevonden in de literatuur: patiëntenadministratie of -registratie en de uitrusting van de praktijk. Wat het eerste betreft zijn er wel systemen in ontwikkeling (onder meer door de Werkgroep Kwaliteitsontwikkeling Fysiotherapie en de Werkgroep Registratie), maar inzicht wat er op dit moment is aan patiëntenregistratie, ontbreekt. Voor gegevens over de uitrusting van de fysiotherapeuten-praktijken (beschikbare apparatuur en oppervlakte van de praktijkruimte) moeten we teruggrijpen op het al vaker genoemde rapport van Smal (1972). Hij geeft gegevens weer van bijna 1.000 praktijken, waarvan 380 'eenmanspraktijken'. In de tijd dat Smal zijn onderzoek deed was het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie van 1970 nog van kracht (vergelijk over de geschiedenis hiervan Kortenhoeven, 1983). Volgens dit besluit diende elke fysiotherapeutenpraktijk te beschikken over de vereiste apparatuur van het zogenaamde kleine pakket. Uit het onderzoek van Smal blijkt dat slechts 16% van de eenmanspraktijken en 46% van de meermanspraktijken over het kleine pakket beschikt. De inrichtingseisen zijn in 1973 gewijzigd.

Hoewel dit overzicht zich dient te beperken tot de eerstelijnsgezondheidszorg, willen we nog enkele opmerkingen maken over fysiotherapie in verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen, omdat daar nog enkele interessante punten van onderzoek uit naar voren komen.

Door het NZI is onderzoek gedaan naar de gang van zaken bij de afdeling fysiotherapie van een aantal verpleeghuizen (Leenders, Schoppenhauer, Swieringa, 1977) en algemene ziekenhuizen (Schoppenhauer en Cox, 1980). De onderzoeken omvatten de observatie van het werk van de fysiotherapeuten gedurende twee dagen. Uit onderzoek in de algemene ziekenhuizen meldden we in paragraaf 1 van dit hoofdstuk al dat de tijd besteed aan klinische en poliklinische handeling ongeveer gelijk is. Daarnaast wordt twee vijfde van de beschikbare hoeveelheid tijd besteed aan indirecte werkzaamheden. In beide praktijksituaties is de frequentie en tijdsduur van de meest voorkomende behandelingen geregistreerd.

Uit het onderzoek in de verpleeghuizen komt naar voren dat er een samenhang bestaat tussen de doorstromingscoëfficiënt (dit is het aantal opnemingen per bezet bed) en het aantal fysiotherapeuten per 100 bezette bedden. Het aantal waarnemingen waarop dit gegeven gebaseerd is, is echter zeer gering. Nader onderzoek naar deze relatie is van groot belang, ook in het kader van de verschuiving van residentiële naar ambulante zorg. Dezelfde soort relatie is niet gevonden in algemene ziekenhuizen.

2.4. Opleiding, toetsing, nascholing

De opleiding tot fysiotherapeut is een vierjarige beroepsopleiding met een praktijkstage van negen maanden. Er bestaat een twintigtal academies voor fysiotherapie. Al deze academies leiden op tot het theoretisch en praktisch examen fysiotherapie. Onderzoek op het terrein van de opleiding is er naar ons weten niet gedaan. Als belangrijke vragen op dit terrein kan men noemen: sluit de opleiding aan bij de toekomstige beroepspraktijk; zijn er verschillen qua onderwijsprogramma en/of onderwijsdoelstellingen tussen de opleidingen en vanuit een historisch en vergelijkend perspectief, hoe kan het aantal opleidingen zich zo uitgebreid hebben?

Toetsing van het fysiotherapeutisch handelen veronderstelt een kritische houding van fysiotherapeuten ten opzichte van hun eigen handelen en het bestaan van criteria of normen om dat handelen mee te vergelijken.

Ook veronderstelt toetsing kennis van de effecten van het therapeutisch handelen. Over beide onderwerpen is de laatste jaren gepubliceerd. Door Derijcke, Ernst en Vinck (1982) is er een schema ontworpen (een zogenaamd criterium-diagram), waarin de werkwijze bij fysiotherapeutisch onderzoek en behandeling kan worden weergegeven om daardoor enerzijds op vergelijkbare wijze gegevens over de patiënt vast te leggen en anderzijds het eigen handelen zichtbaar te maken. In hoeverre deze pretentie waar gemaakt kan worden, zal de praktijk (en onderzoek daarvan) moeten uitmaken.

Over de effecten van het therapeutisch handelen is natuurlijk heel veel geschreven; met de inhoudelijke kant daarvan zullen we ons hier niet bezig houden. Er zijn de laatste tijd wel enkele 'meta-theoretische' beschouwingen verschenen over dit onderwerp. Door Bobbert, Houtkoop, Rozendal e.a. (1984) is gewezen op de noodzaak een onderscheid te maken tussen onderzoek naar de werkzaamheid van afzonderlijke applicaties en onderzoek naar de werkzaamheid van een fysiotherapeutische behandeling. Zij betogen dat het niet mogelijk is om op grond van onderzoek naar afzonderlijke applicaties of toepassingsvormen conclusies te trekken over de effecten van de behandeling als geheel. Mackenbach (1984) concludeert naar aanleiding van bespreking van de mogelijkheden van onderzoek naar effecten van afzonderlijke toepassingsvormen dat dat zeer moeilijk maar wel mogelijk is. Hij wijst er op dat dit soort onderzoek voor het beleid met betrekking tot fysiotherapie minder relevant, maar voor de ontwikkeling van het vak fysiotherapie wel degelijk van belang is.

De nascholing van fysiotherapeuten wordt sinds enkele jaren georganiseerd door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie. Over de deelname aan nascholingprogramma's zijn ons geen gepubliceerde gegevens bekend.

3. TAKEN EN WERKWIJZE

In een bijlage bij de 'Beroepsomschrijving Fysiotherapeut' die in december 1984 gepubliceerd is in Fysiovisie wordt een opsomming gegeven van de taken van de fysiotherapeut (Special, 1984).

De taken zijn in vier groepen opgedeeld:

1. taken afgeleid van het hulpverleningsproces, met als onderdelen anamnese, onderzoek, behandelplan en evaluatie;

2. taken afgeleid van de relatie fysiotherapeut - praktijkuitoefenend geneeskundige. De volgende deeltaken zijn hierbij van belang: de verwijzende arts op de hoogte stellen van de eigen specifieke mogelijkheden van de fysiotherapie en de verwijzend arts op de hoogte houden van het behandelingsverloop en het doen van voorstellen over zich wijzigende doelstellingen en/of behandelingsmethodes en - technieken;
3. taken afgeleid van de praktijkvoering, waaronder begrepen zijn het bijhouden van het vak, samenwerking met collega's en andere hulpverleners en rapportage, administratie en registratie;
4. taken afgeleid van de maatschappelijke betekenis van de fysiotherapie (advisering, organisatie, opleiding).

In het onderzoek in de Amsterdamse gezondheidscentra is uitgaande van de tijdsbesteding van fysiotherapeuten een takenpakket opgesteld. De taken zijn zo geordend dat ze beginnen met de directe hulpverlening en vervolgens met steeds verder daarvan afstaande taken, eindigend met de voorbereiding van het organisatorische en beleidsbepalende overleg in het gezondheidscentrum. Op basis van een tijdregistratie door de fysiotherapeuten is tevens het gemiddelde tijdsbeslag per week van de verschillende taken berekend. In tabel 1 zijn deze gegevens weergegeven (zie tabel 1).

Uit het onderzoek blijkt dat van de feitelijk uitgevoerde taken de directe hulpverlening en de daaraan gebonden samenwerking verreweg de meeste tijd in beslag nemen. Verder blijkt dat de uitvoering van alle onderscheiden taken een werkweek vergt die langer is dan de standaard veertig uren werkweek.

Op het gebied van de fysiotherapie is ons geen onderzoek bekend waarin aan hulpverleners gevraagd wordt welke aspecten van het werk zij wel en welke zij niet tot hun taken rekenen (onderzoek naar taakopvattingen) en waarin verder nagegaan wordt hoe de taakopvatting samenhangt met feitelijke taakuitoefening en werkwijze. Een deel van het onderzoek binnen de Amsterdamse gezondheidscentra vertoont wel gelijkenis met het onderzoek van taakopvatting en werkwijze. Aan de fysiotherapeuten in de gezondheidscentra is gevraagd wat de doelstellingen zijn die zij in hun werk nastreven en is getracht een indruk te verkrijgen van de mate waarin deze doelstellingen bewerkt zijn.

De doelstellingen die in het onderzoeksverslag ook met de term kwaliteitsaspecten aangeduid worden, zijn: bereikbaarheid, herkenbaarheid, continuïteit, integrale hulp, buurtgericht werken, tegengaan van individualisering, preventief werken, ontmedicalisering, zelf-

Tabel 1: tijdsbesteding voor diverse taken in uren per week van fysiotherapeuten in Amsterdamse gezondheidscentra

taak	uren per week	cumulatief
1. rechtstreekse hulpverlening en cliëntgebonden samenwerking	34.2	34.2
2. deskundigheidsbevordering en deelname aan discipline-overleg	3.2	37.4
3. beheerstaken afd. fysiotherapie en multidisciplinair overleg hulpverleningsbeleid	2.3	39.7
4. overleg over voorwaarden en organisatie	1.6	41.3
5. commissies, teamtaken, extern overleg, coördinatie, management	4.4	45.7
6. voorbereiden van het onder 4 en 5 genoemde overleg	2.0	47.7

Bron: Bertels e.a., 1985

standigheid bevorderen, democratisering, kennisoverdracht, methodisch werken, controleerbaar werken en effectieve vakuitoefening. De doelstellingen die in de feitelijke taakuitoefening het minst aan bod komen, zijn buurtgericht werken, tegengaan van individualisering en democratisering.

Ook wat betreft onderzoek naar de werkwijze van fysiotherapeuten is het onderzoek van Bertels e.a. in de Amsterdamse gezondheidscentra de enige bron. We zullen beginnen met een korte karakterisering van het al eerder genoemde spreekuur van fysiotherapeuten; vervolgens zal de individuele hulpverlening besproken worden en we eindigen met een enkel woord over groepsgewijze behandeling.

Het fysiotherapeutisch spreekuur, zoals dat in de Amsterdamse gezondheidscentra werkt, is het eerste contact tussen fysiotherapeut en hulpvrager waarin bekeken wordt of een verdere behandeling raadzaam is en wat voor behandeling nodig is. Om tot een oordeel te komen over de noodzaak van verdere behandeling kan tijdens of na het spreekuurcontact consultatie met andere hulpverleners plaats vinden (met collega-fysiotherapeuten of de huisarts van de cliënt). Een van

de doelen van het spreekuur is een lage drempel voor de hulpvragers te creëren. In de praktijk blijkt slechts een deel van de patiënten van de gezondheidscentra op de hoogte te zijn van de mogelijkheid het spreekuur te bezoeken. De meeste patiënten die op eigen initiatief komen, zijn al eerder onder behandeling van een fysiotherapeut geweest (en kregen bijvoorbeeld het advies om terug te komen op het spreekuur als de klachten terug zouden komen). De toegang tot het spreekuur loopt in 70% van de gevallen via een van de huisartsen in het centrum, waarbij over het algemeen een advies of oordeel over de klachten van de patiënt gevraagd wordt en minder vaak bijvoorbeeld een behandeling gevraagd wordt. Nog geen 10% van de patiënten komt op eigen initiatief.

Van de cliënten die op het spreekuur gekomen zijn wordt bijna 80% in behandeling genomen; 16% wordt niet behandeld en een klein deel wordt verwezen.

Wat betreft de individuele behandeling en het verloop van de behandeling is door de onderzoekers een tiental hulpvragers intensief gevolgd en is een steekproef van 57 door de fysiotherapeuten ingevulde registratieformulieren geanalyseerd. Bij de beschrijving van deze gegevens wordt aandacht besteed aan het begin van de behandeling (wat zijn de klachten, spelen psycho-sociale aspecten daarbij een rol en komen die ook ter sprake, wat is het behandeldoel en het behandelplan), het verloop van de behandeling (uitgevoerde therapie, wijzigingen tijdens de behandeling, informatie en consultatie tijdens de behandeling) en de afsluiting van de behandeling. Uit de beschrijving van de gehanteerde therapieën blijkt dat er vrij veel aandacht besteed wordt aan het geven van uitleg en advies met betrekking tot het ontstaan van de klachten, de relatie tussen de klachten en de werk- en leefomstandigheden en over de oefeningen die gedaan worden. Of er nu aan deze zaken door de fysiotherapeuten in de gezondheidscentra meer aandacht besteed wordt dan door fysiotherapeuten in andere praktijksituaties kan alleen door observatie-onderzoek in verschillende praktijksituaties beoordeeld worden. Immers, advies en uitleg - hoe belangrijk ook in het therapeutisch proces - zijn geen apart gehonoreerde activiteiten en komen dus ook niet in overzichten van gedeclareerde behandelingen voor.

Bezien vanuit de doelstellingen van de fysiotherapeuten in de Amsterdamse gezondheidscentra, is groepsgewijze behandeling een strategie om niet-individuele achtergronden van problemen in de hulpverlening op te nemen (vergelijk de doelstellingen buurtgericht werken, tegengaan van individualisering, democratisering). In elk

van de onderzochte centra is wel gewerkt met groepen. Een probleem is dat financiering van de fysiotherapie deze therapievorm niet kent (met uitzondering van prenatale zwangerschapsgymnastiek), zodat men soms zijn toevlucht moet nemen tot het aanvragen van een machtiging voor een individuele behandeling per deelnemer.

4. HET GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG

Van een rechtstreekse vraag naar fysiotherapeutische zorg kan moeilijk worden gesproken, omdat fysiotherapeutische zorg eerst na tussenkomst van een medicus toegankelijk is. Die medicus is de huisarts of specialist, die een patiënt voor behandeling naar de fysiotherapeut verwijst. Naast het gebruik van de zorg van fysiotherapeuten is daarom het verwijzingsproces van belang.

Vanuit de beroepsgroep van fysiotherapeuten wordt regelmatig aangevraagd op een vrijere toegankelijkheid van fysiotherapeuten. Het is de vraag in hoeverre die roep voortkomt uit de feitelijke praktijk; met andere woorden: gaan patiënten ook rechtstreeks naar de fysiotherapeut? Systematisch onderzoek daarnaar is niet gedaan. Men kan zich voorstellen dat particuliere patiënten voor wie het machtigingensysteem van de ziektefondsen niet geldt, dat inderdaad doen. Uit het evaluatie-onderzoek in de Amsterdamse gezondheidscentra blijkt dat ook bij een vrij toegankelijk spreekuur slechts een klein aantal patiënten op eigen initiatief bij fysiotherapeuten komt.

4.1. Het gebruik van de zorg

Zo langzamerhand zijn er van verschillende kanten overzichten gepubliceerd waarin demografische gegevens (leeftijd, geslacht), verzekeringsvorm en in een aantal gevallen diagnose of klachten van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg zijn weergegeven. Wij zullen proberen op basis van de diverse en in verschillende situaties verzamelde gegevens trachten aan te geven wat de grootste gemene deler is.

In schema 1 (op de volgende pagina) is aangegeven wie in de verschillende bronnen als gebruikers zijn gerekend en op welke populatie de gegevens betrekking hebben.

Wat betreft de kenmerken van gebruikers van fysiotherapie, beginnen wij met de verdeling tussen de sexen (zie tabel 2, volgende pagina).

Schema 1: bronnen voor gegevens over gebruikers van fysiotherapie

bron	gebruikers	populatie
Buyten e.a., 1977	verwezen patiënten gedurende 1975	patiënten van gezondheids- centrum Ommoord, Rotterdam
Crebolder, 1983	iedere nieuwe patiënt gedurende 1979	patiënten van gezondheids- centrum Withuis, Venlo
Bartels en Scheepmaker, 1983	a) iedere nieuwe patiënt gedurende één maand in '82 b) alle behandelingen van al ingeschreven patiënten gedurende één maand in 1982	patiënten die gedurende één maand bij zes fysiotherapiepraktijken zijn behandeld
Kerkhoff, 1982	steekproef uit de machtigingen van een ziekenfonds	leden van het ziekenfonds Westelijk Zuid-Hollandse eilanden
Frenken, 1983	personen die 'ja' antwoorden op de vraag: 'hebt u het afgelopen jaar gebruik gemaakt van fysiotherapie?' (buiten ziekenhuisopnamen) periode jan. '80-dec. '82	steekproef van 20.000 Nederlanders
Kerkhoff en Groenewegen, 1985	a) alle machtigingen van een ziekenfonds in '82 b) alle verschillende patiënten met een machtiging in '82	leden van het ziekenfonds Westelijk Zuid-Hollandse eilanden

Opvallend is dat in de grote gegevensbestanden (die van de Gezondheidsenquête 1981-1982 (Frenken) en die van de machtigingen van een ziekenfonds (Kerkhoff en Groenewegen) de verdeling tussen de sexen

Tabel 2: verdeling naar sexe van de gebruikers van fysiotherapie in verschillende onderzoeken

geslacht	Buyten e.a.	Crebolder	Bartels e.a. nw patiënten	Frenken	Kerkhoff e.a. unieke patiënten
man	38%	47%	45%	49%	49%
vrouw	62%	53%	55%	51%	51%
N	852	616	196	19.973	6.631

nagenoeg gelijk is.

Het grote percentage vrouwen in de kleinere gegevensbestanden kan deels terug te voeren zijn op verschillen in de wijze van gegevensverzameling, deels op de kleinere aantallen waardoor toevalsfouten groter zijn of particuliere situaties een grotere invloed kunnen hebben. Daarnaast zou er in de loop van de tijd een ontwikkeling plaats gevonden kunnen hebben in de richting van een gelijk percentage voor de beide sexen.

Wij houden het erop dat op dit moment mannen en vrouwen in nagenoeg gelijke mate gebruik maken van fysiotherapie.

De verdeling naar verzekeringsvorm (zie tabel 3) is alleen af te leiden uit het onderzoek van Bartels en Scheepmaker en van Frenken. Het onderzoek op basis van machtigingen heeft uiteraard uitsluitend op de ziekenfondspatiënten betrekking.

Tabel 3: verdeling naar verzekeringsvorm van de gebruikers van fysiotherapie in twee onderzoeken

verzekeringsvorm	Bartels e.a. nw patiënten	Frenken
ziekenfonds	82%	71.4%
particulier	18%	28.6%

De cijfers van Frenken laten bij benadering de verdeling naar verzekeringsvorm in de Nederlandse bevolking zien (6.8% van de ziekenfondspatiënten en 6.1% van de particulieren melden een bezoek aan de

fysiotherapeut). In het onderzoek van Bartels en Scheepmaker is een oververtegenwoordiging van de ziekenfondspatiënten te zien. De oorzaak daarvan ligt waarschijnlijk in het veel kleinere aantal gebruikers en de specifieke onderzoekssituatie.

De leeftijdsverdeling van de gebruikers van fysiotherapie is vooral van belang als de relatie gelegd kan worden met de 'population at risk'. Dat is mogelijk in het geval van het onderzoek van Frenken en van Kerkhoff en Groenewegen en - alleen voor de vrouwelijke gebruikers - bij het onderzoek van Buyten e.a.

In figuur 1 en 2 zijn respectievelijk het aantal patiënten die één of meer machtigingen hebben gehad, per 100 verzekerden uit het onderzoek van Kerkhoff en Groenewegen en het aantal respondenten met minstens één contact met een fysiotherapeut, per 100 personen in de steekproef uit de Gezondheidsenquête weergegeven.

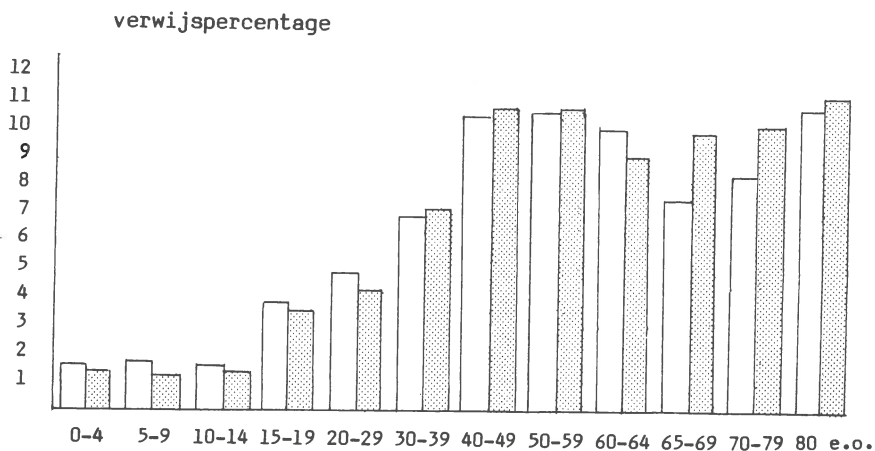
Er zijn uiteraard verschillen te zien tussen beide figuren, maar ook genoeg overeenkomsten. Die lijken belangrijker dan de verschillen³⁾. Hier is een patroon te zien dat afwijkt van de leeftijds- en geslachtsspecifieke verwijscijfers van huisartsen naar de tweede lijn. Vooral het bijna gelijke gebruik van fysiotherapie door vrouwen en mannen is vanuit dit gezichtspunt opvallend, te meer daar vrouwen frequenter de huisarts (de belangrijkste verwijzers naar fysiotherapie) bezoeken dan mannen.

Tot 15 jaar is het percentage gebruikers van fysiotherapie in beide onderzoeken voor mannen en vrouwen zeer laag en ongeveer constant. Daarna gaat het percentage gebruikers omhoog tot de leeftijdscategorieën tussen de 40 en 60 jaar in het onderzoek van Kerkhoff en Groenewegen en de leeftijdscategorie 50-54 jaar in de Gezondheidsenquête. In het onderzoek van Kerkhoff en Groenewegen daalt dan het percentage gebruikers wat en stijgt weer, terwijl het in de Gezondheidsenquête daalt voor de mannen en fluctueert voor de vrouwen.

Op grond van de gegevens in het artikel van Buyten e.a. kan voor de vrouwen het aantal gebruikers van fysiotherapie in relatie tot het aantal dat patiënt is van het gezondheidscentrum per leeftijdscategorie worden berekend. De percentages gebruikers van fysiotherapie zijn:

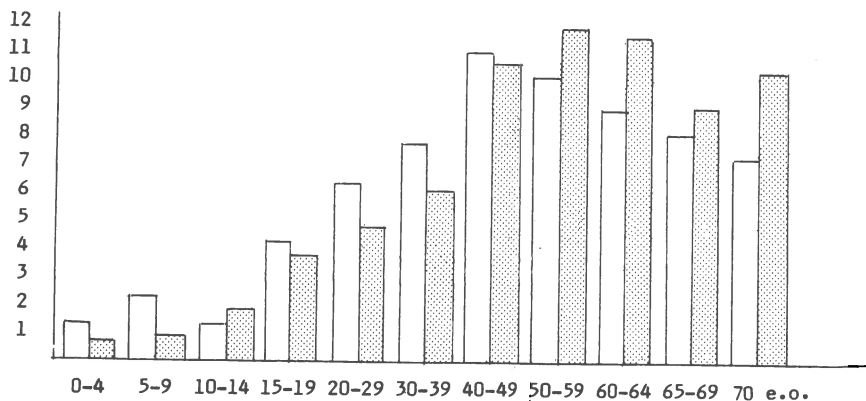
voor vrouwen in de leeftijd van 0 - 17 jaar 1,3%, voor 18 - 29 jaar 2,5%, voor 30 - 39 jaar 5,8%, voor 40 - 59 7,2% en voor 60 jaar en ouder 9.0%. Over het geheel genomen zijn deze gebruikpercentages wat lager dan in de beide eerder genoemde grote onderzoeken, maar het onderzoek van Buyten e.a. heeft een tiental jaren eerder plaats gevonden, toen het gebruik van fysiotherapie nog op een lager niveau

Figuur 1: verwijsperscentage (aantal verzekerden die één of meer machtingingen hebben gehad per 100 verzekerden) naar leeftijd en geslacht



Bron: Kerkhoff en Groenewegen, 1985

Figuur 2: percentage personen dat in één jaar contact met de fysiotherapeut heeft gehad, naar leeftijd en geslacht



Bron: Frenken, 1983

lag (van den Brekel, 1985).

Deze gegevens over het gebruik van fysiotherapie in relatie tot de "population at risk" brengen ons naar het volgende onderwerp van dit overzicht: het verwijzen.

4.2 Verwijzingen naar fysiotherapie

Verwijzigingen naar fysiotherapeuten zijn afkomstig van huisartsen en specialisten. We richten ons in deze overzichtsstudie op de verwijzingen van huisartsen en op de determinanten van de hoogte van het verwijzingscijfer van huisartsen.

In de tabel 4 is het gemiddelde verwijzingscijfer alsmede het laagste en het hoogste verwijzingscijfer weergegeven, zoals dat gevonden is in vier onderzoeken, die reeds in de voorgaande paragraaf genoemd zijn.

Tabel 4: verwijzingscijfer naar fysiotherapie in vier onderzoeken

bron	gemiddelde	minimum	maximum	aantal huisartsen
Buyten e.a. 1977	50 per 1000	33	72	8
Crebolder, 1983	32 per 1000	17	48	4
Kerkhoff, 1982	54 per 1000	21	173	45
Kerkhoff en Groenewegen, 1985	52 per 1000	19	120	47

Uit deze tabel blijkt dat er een grote spreiding is in het verwijzingscijfer naar fysiotherapie. Kerkhoff (1982) heeft bovendien laten zien dat deze variatie groter is dan de variatie in het verwijzingscijfer naar medische specialisten voor dezelfde groep huisartsen. In tegenstelling tot de situatie bij het verwijzen door huisartsen naar medische specialisten bestaat er op het terrein van de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten geen onderzoekstraditie.

De belangrijkste determinanten van het verwijzingscijfer naar medische specialisten zijn de afgelopen tien jaar herhaaldelijk onderwerp van onderzoek geweest. Uit de onderzoeken is de invloed duidelijk geworden van:

- de praktijksamenstelling en -omvang (leeftijd, geslacht, verzekering) structurele kenmerken van het aanbod aan tweedelijnszorg (specialistendichtheid, beddental, afstand tot het ziekenhuis);
- kenmerken van de huisartsen en hun praktijkvoering (taakopvattingen, gebruik van diagnostische hulpmiddelen, samenwerking met andere hulpverleners);
- de wensen van de patiënten (wens om verwezen te worden).

Wat de invloed is van dergelijke variabelen op het verwijscijfer naar fysiotherapeuten is nog niet systematisch onderzocht.

Wat betreft de mogelijke invloed van de praktijksamenstelling zijn de gegevens uit de vorige paragraaf van belang. Daaruit blijkt dat de samenstelling van de praktijk naar geslacht en verzekeringsvorm naar alle waarschijnlijkheid geen belangrijke invloed zal hebben op de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen. Immers, er is slechts weinig verschil in consumptie tussen mannen en vrouwen en tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. De samenstelling naar leeftijd van de huisartspraktijken is wel van invloed op de hoogte van het verwijscijfer, zij het dat de invloed relatief gering is (volgens Kerkhoff en Groenewegen). Dit is in overeenstemming met hetgeen door Van der Maas, Habbema, van der Lee, e.a. (1984) is gevonden in hun analyse van regionale kostenverschillen voor paramedische hulp en logopedie. Hieruit blijkt namelijk dat regionale verschillen in de samenstelling naar leeftijd en geslacht slechts 10% van de variatie in kosten verklaren.

Over de invloed van aanbodfactoren op de hoogte van het verwijscijfer naar fysiotherapie zijn geen gegevens beschikbaar. Gegeven de grote regionale verschillen in kosten van paramedische hulp en logopedie verwachten Van der Maas en zijn collega's wel een belangrijke invloed van aanbodfactoren naast verschillen tussen ziekenfondsen in het beleid met betrekking tot de verstrekking fysiotherapie. Wat betreft eventuele verschillen in het beleid van ziekenfondsen, wijst een enquête van de Ziekenfondsraad onder veertig adviserend geneeskundigen die een aantal casus ter beoordeling voorgelegd kregen, op grote onderlinge verschillen tussen adviserend geneeskundigen (Kerkhoff, 1984).

Wat betreft kenmerken van huisartsen en hun praktijkvoering en de mogelijke invloed daarvan op het verwijzen naar fysiotherapeuten zijn enkele indicaties te vinden in twee scripties (Hommes, 1982 en Nijns, 1984). In het onderzoek waarover in deze scripties gerapporteerd wordt, is aan huisartsen gevraagd naar hun 'verwijsbeleid',

maar is geen koppeling gelegd met het feitelijke verwijscijfer. Uit beide onderzoeken (gebaseerd op gegevens van respectievelijk 43 en 11 huisartsen) komt naar voren dat jongere huisartsen meer kennis en informatie over fysiotherapie hebben dan oudere huisartsen, en dat huisartsen ook probleempatiënten (patiënten met wie zij geen raad weten, patiënten met psychosociale klachten) naar fysiotherapeuten verwijzen.

In beide onderzoeken is gevraagd naar de aandoeningen of indicaties waarbij huisartsen de beste/goede resultaten met fysiotherapie ervaren hebben. De gegeven antwoorden in beide onderzoeken zijn niet goed vergelijkbaar. We geven hier alleen de rangorde van aandoeningen weer uit het onderzoek van Hommes.

Tabel 5: rangorde van de aandoeningen waarbij huisartsen het beste resultaat hebben gehad met fysiotherapie

aandoening	rangorde	
lumbago	1	vaak genoemd als aan-
schouderaandoeningen	1	doening waarbij het
traumata	2	beste resultaat
cervicobrachiaalsyndroom	3	bereikt werd
myalgieën	4	
hypertonieën	5	
houdingsafwijkingen	5	weinig genoemd als
arthrosis deformans	5	aandoening waarbij het
herpes zoster	6	beste resultaat
resttoestand na CVA	6	bereikt werd

Bron: Hommes, 1982

Deze rangorde en het feit dat enkele van de genoemde aandoeningen sterk leeftijdsgebonden zijn (vergelijk houdingsafwijkingen, arthrosis deformans en resttoestand na CVA), bieden mogelijk een aanknopingspunt voor de verklaring van het fenomeen dat door Kerkhoff en Groenewegen gevonden werd, namelijk dat de variatie tussen huisartsen in hun verwijscijfers bij jongere patiënten (jonger dan 20) en oudere patiënten (60 jaar en ouder) groter is dan bij de tussenliggende categorieën.

Bij het verwijzen naar fysiotherapie zou ook het feit dat in een

aantal praktijksituaties, zoals gezondheidscentra, huisartsen en fysiotherapeuten nauw met elkaar samenwerken, een rol kunnen spelen. Deze samenwerking is onderwerp van studie geweest in het al vaker genoemde onderzoek in de Amsterdamse gezondheidscentra (Bertels e.a., 1985). Het uitgangspunt van de samenwerking is de gelijkwaardigheid van de samenwerkingspartners en de erkenning van ieders specifieke deskundigheden en eigen (deel-)verantwoordelijkheid. Dit uit zich in het feit dat huisartsen vaak geen specifieke diagnose stellen, maar eerder vragen stellen aan de fysiotherapeuten, dat het behandelplan in gezamenlijke verantwoordelijkheid opgesteld wordt, dat er samenwerkingsafspraken gemaakt worden en dat er onderlinge consultatie plaatsvindt.

Uit het onderzoek blijkt dat de verwijscijfers van de huisartsen in de gezondheidscentra lager liggen dan die van alle Amsterdamse huisartsen, dat de behandelseries gemiddeld korter zijn dan in een aantal vrij gevestigde fysiotherapiepraktijken in Amsterdam, dat er minder fysiotherapeutische applicaties gedeclareerd zijn en dat de kosten per verzekerde lager zijn. Het verdient aanbeveling om deze conclusies ook voor andere dan de Amsterdamse situatie te verifiëren.

De samenwerking uit zich ook in de betrokkenheid van fysiotherapeuten bij de verwijzing naar medisch specialisten. Bij 9% van alle aanvragen om Röntgen-diagnostiek en verwijzingen is de fysiotherapeut betrokken geweest, terwijl dit percentage 35 is indien alleen naar klachten met betrekking tot houding en bewegingsapparaat gekeken wordt. Over het algemeen betreft het hier patiënten die op het spreekuur van de fysiotherapeut zijn geweest of die in behandeling zijn of geweest zijn. Er zijn aanwijzingen dat de samenwerking samen gaat met een geringer aantal verwijzingen naar medisch specialisten in de specialismen die het dichtst bij de fysiotherapie liggen (neurologie, orthopedie, chirurgie, revalidatiegeneeskunde en reumatologie).

Uit een onderzoek van Van Brunschot (1984), waarin twee groepspraktijken van huisartsen en een gezondheidscentrum vergeleken worden, blijkt nog eens de grote variatie in verwijscijfers: het gemiddelde van de twee groepspraktijken is 33 en 92 verwijzingen per 1.000 en dat van het gezondheidscentrum, waarvan de huisartsen regelmatig samenwerken met fysiotherapeuten, 208 per 1.000 verzekerden.

Het laatste punt dat gezien het onderzoek naar verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten in dit verband van belang zou kunnen zijn, is de invloed van de voorkeuren en wensen van de pa-

tiënten. Daarover zijn in het geheel geen gegevens bekend.

Al met al laat dit overzicht van onderzoek op het gebied van verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten zien dat

- a. er een grote variatie tussen huisartsen en hun verwijscijfers is;
- b. er indicaties zijn voor de invloed van praktijksamenstelling en praktijkvoering op het verwijscijfer.

De invloed van andere factoren op het verwijscijfer is nog een witte vlek.

De aard van de aandoeningen waarbij verwezen wordt en de classificatie daarvan

Met dit onderwerp begeben we ons op de grens van wat nog in deze overzichtsstudie thuis hoort. We willen er toch iets over zeggen, omdat gegevens over de indicatie voor verwijzingen en de aard van de aandoening noodzakelijkerwijs opgenomen zullen worden in nader onderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg en naar het verwijsproces.

De meest voorkomende aandoeningen/klachten waarbij mensen naar een fysiotherapeut verwezen worden zijn nek-, schouder- en rugklachten (Crebolder, 1983; Buyten e.a., 1977; Kerkhoff, 1982; Kerkhoff en Groenewegen, 1985; Bartels, Scheepmaker, Groenewegen e.a., 1984).

De frequentieverdelingen van de aard van de aandoeningen uit de verschillende onderzoeken zijn niet vergelijkbaar, omdat ieder zijn 'eigen' indeling gebruikt heeft. Door Bartels en Scheepmaker (1983, hoofdstuk 5) zijn verschillende classificaties geprobeerd: de International Classification of Handicaps and Impairments (ICDH), de International Classification of Diseases (ICD-9-cm) en de International Classification of Health Problems in primary care (IChP-pc-2). Vooral dankzij de goede documentatie bleek de ICD-9-cm het best bruikbaar. Van de 167 nieuwe patiënten voor wie een diagnose ingevuld was door de verwijzer, konden er 157 in de ICD geclassificeerd worden. Door Buyten e.a. en door Crebolder zijn naast de diagnose nog enkele andere aspecten van de klacht geclassificeerd. Uit het onderzoek van Crebolder blijkt dat bijna de helft van de klachten overwegend van somatische aard is en slechts een zeer klein gedeelte (7%) overwegend psychosociaal van aard is. In het onderzoek van Buyten e.a. was in een derde van de gevallen door de huisarts bij de verwijzing 'probleemgedrag' geconstateerd (problemen met betrekking tot relaties, seksualiteit, werk, etc.), terwijl de fysiotherapeuten bij nog eens een derde dergelijke problematiek vaststelden. Een interessant gegeven is nog of verwezen patiënten reeds eerder onder

behandeling van een fysiotherapeut waren. Van de 616 verwezen patiënten in het onderzoek van Crebolder was meer dan de helft (51%) reeds eerder naar een fysiotherapeut verwezen en van degenen die eerder verwezen waren was tweederde voor dezelfde klacht verwezen. Dit komt overeen met hetgeen Bartels e.a. vonden: 60% al eerder verwezen en van hen 64% voor dezelfde klacht, een gegeven dat hen de uitdrukking 'fysiotherapie als onderhoudswerk' doet gebruiken. Buyten e.a. hebben dit gegeven op een andere manier vastgesteld. Zij hebben van alle verwezen patiënten in één jaar bekeken hoeveel recidieven er binnen een half jaar optraden. Dat bleek slechts 7 procent te zijn.

In het hier beschreven onderzoek is uitgegaan van de diagnoses van de verwijzende artsen. Onderzoek naar de mate waarin deze diagnoses overeenkomen met de werkdiagnose of onderzoeksbevindingen van fysiotherapeuten brengt een volgend probleem met zich mee, namelijk dat van de classificatie van de werkdiagnosen van fysiotherapeuten. Deze zullen over het algemeen precieser omschreven zijn dan de diagnoses van de verwijzers, zodat classificatie in eenzelfde (medische) diagnose-classificatie tot veel informatieverlies leidt.

Er is voor dit probleem geen pasklare oplossing voorhanden. Een belangrijk criterium is wel dat de classificatie van de diagnoses van de verwijzende artsen en van de werkdiagnosen van de behandelende fysiotherapeuten in elkaar overzetbaar moeten zijn (in dit opzicht is het werk van de Werkgroep Kwaliteitsontwikkeling Fysiotherapie niet zonder meer bruikbaar).

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

De uitoefening van het beroep van fysiotherapeut en het beroep dat gedaan wordt op de diensten van fysiotherapeuten wordt beïnvloed door een aantal wettelijke regelingen en uitvoeringsbesluiten. Het beroep van fysiotherapeut is geregeld in de Wet op de paramedische beroepen (1963) en het daarbij behorende Fysiotherapeuten besluit (1965). De totstandkoming van deze wet en meer in het algemeen van de wetgeving op het gebied van de medische en paramedische beroepsuitoefening is beschreven in een onderzoek van Kortenhoeven (1982).

Er zijn in de ontwikkelingen na 1865 - het jaar waarin de medische

wetten van Thorbecke tot stand kwamen - twee lijnen te onderscheiden. De eerste is die rond de monopoliepositie van artsen en de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst (de bestrijding van de kwakzalverij); de tweede betreft de discussie over de wettelijke positie van de in de loop van de twintigste eeuw opkomende paramedische beroepen. Beide lijnen komen weer samen met de publicatie van het ontwerp van de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

De wetgeving op het gebied van de paramedische beroepen begint met een regeling van de ziekenverpleging in 1921. Voor de verpleegkundige beroepen wordt de constructie van de 'verlengde arm' gekozen: zij krijgen geen eigen bevoegdheden, maar worden verondersteld als uitvoerende krachten onder verantwoordelijkheid van artsen te werken. Omdat de heilgymnasten - masseurs - de voorlopers van de fysiotherapeuten - wel eigen verantwoordelijkheden benadrukken moet een andere constructie gebruikt worden. Deze heeft veel weg van een woord-spelletje: in 1938 wordt besloten dat heilgymnastiek en massage geen uitoefening van de geneeskunst is en voilà het probleem van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst door heilgymnasten - masseurs is verdwenen. Daarmee is er natuurlijk nog geen **regeling** van het beroep van heilgymnast - masseur. Deze komt in 1942 tot stand met het Basisbesluit voor de paramedische bedrijven, waarin opleidings- en exameneisen gesteld worden.

De Wet op de paramedische beroepen wordt na lange discussies in 1965 van kracht. Het is een kaderwet waarin de verschillende beroepen via Besluiten geregeld kunnen worden.

In 1965 komt zo ook het fysiotherapeuten besluit tot stand. Hierin wordt ondermeer de verhouding tussen fysiotherapeut en arts geregeld: de fysiotherapeut werkt in opdracht van de arts. Van de wijzigingen die in de jaren daarna aangebracht worden in het fysiotherapeutenbesluit, is de belangrijkste wel die van 1977 waarin de formulering is opgenomen dat de fysiotherapeut behandelt 'ingevolge verwijzing door een arts'.

Door Kortenhoeven (1983) is een tweede onderzoek uitgevoerd naar twee andere aspecten van de professionalisering van het beroep van fysiotherapeut, te weten het tot stand komen van een beroepsorganisatie (met de bijbehorende discussies over het karakter van de organisatie - 'vakbond' of behartiging van de kwaliteit) en de regeling van de fysiotherapie als verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet en de honorering daarvan. Op het ontstaan en de vroege geschiedenis van de beroepsorganisatie zullen we - hoe interessant ook

- in het kader van deze overzichtsstudie niet ingaan. De ontwikkeling van de financiële kaders zijn in dit verband belangrijker omdat zij van invloed zijn geweest op het gebruik van fysiotherapeutische zorg en op de kostenontwikkeling. De eerste landelijke tarieven voor de verstrekking heilgymnastiek en massage komen vlak na de Tweede Wereldoorlog tot stand (1946/47).

Volgens Kortenhoeven is daarbij meer belang gehecht aan het feit dat heilgymnastiek - massage in het verstrekkingspakket werd opgenomen en aan landelijke tariefafspraken dan aan de hoogte van de tarieven. Hierdoor kwamen de ziekenfondsen wat betreft de tarieven voor een dubbeltje op de eerste rang. De hoogte van de tarieven heeft de onderhandelingen tussen de beroepsgroep en de ziekenfondsen in de jaren vijftig en zestig voor een belangrijk deel beheerst. Wellicht het belangrijkste punt voor de ontwikkeling van de kosten is het besluit van de Ziekenfondsraad aan het eind van de jaren zestig geweest om de toepassing van de fysiotechnische applicaties niet langer voor te behouden aan inrichtingen. De investeringen in apparatuur die nodig zijn om de applicaties uit te voeren hebben geleid tot schaalvergroting van de fysiotherapiepraktijken (het fenomeen van de praktijkhouder met een aantal medewerkers op nota-basis), tot het tegelijk behandelen van meerdere patiënten en in het algemeen tot een toenemend aantal verrichtingen. De kostenstijging die hiervan het gevolg was (naast de sterke toename van het aantal fysiotherapeuten) is onder meer door Lammers (1977) en Kortenhoeven (1983) beschreven. Lammers heeft op basis van gegevens van de Ziekenfondsraad berekend dat de kostenstijging van uitwendige geneeswijze waaronder de fysiotherapie valt, van alle categorieën kosten het hoogst geweest is. In de periode 1970 - 1976 was de stijging 362% (en op basis van het prijspeil van 1970 200%). Van de totale kosten per verzekerde maakte de post 'uitwendige geneeswijzen' in 1970 2,3% uit (op het totaal gezien dus een relatief gering aandeel); 1976 was dat gestegen tot 3.1%. Een kostenstijging als deze kan uiteengelegd worden in een prijscomponent (stijging van tarieven) en een volume-component (toename van het aantal fysiotherapeuten en/of toename van het aantal per fysiotherapeut gedeclareerde verrichtingen). Uit het onderzoek van Kortenhoeven (1983) blijkt dat de gegevens om een dergelijke uitsplitsing te maken en om het relatieve belang van de onderscheiden componenten te schatten niet beschikbaar zijn.

Lammers (1977) heeft met het oog hierop gepleit voor het instellen van een continue informatiesysteem om de trends in de verschillende componenten te kunnen onderzoeken.

Waar de kostenstijging ook precies uit voortkomt, hij heeft wel ge-

leid tot ingrijpen in de ontwikkeling.

De volgende 'beperkende maatregelen' zijn hier van belang:

1. de wijziging van de tariefstructuur in 1979. Hierbij werden aparte tarieven ingevoerd voor de verschillende fysiotechnische applicaties afhankelijk van het aantal behandelminuten. Daarnaast werd het tarief voor massage- en oefentherapie verhoogd;
2. de zogenaamde 1-4 maatregel in april 1980. Hierbij werd het aantal applicaties per zitting beperkt tot één naast massage- en oefentherapie, terwijl het aantal gecombineerde behandelingen gemaximeerd werd tot twaalf. Voor vervolghandelingen werd een 'wachtijd' van 90 dagen ingesteld;
3. de zogenaamde 1-6 maatregel in juni 1980. De effecten van de 1-4 maatregel werd enigszins afgezwakt, doordat vervolghandelingen zonder wachtijd mogelijk werden na een schriftelijke motivatie door de arts;
4. Het vestigingsbeleid ex artikel 47 lid 3 Ziekenfondswet in 1982. Hierdoor zijn ziekenfondsen niet meer verplicht overeenkomsten aan te gaan met nieuwe fysiotherapeuten, zodra een bepaalde ratio van fysiotherapeuten ten opzichte van de bevolking bereikt is.

Naast deze maatregelen kunnen genoemd worden de Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije Beroepen en de maximering van de particuliere tarieven (vergelijk voor een overzicht van deze maatregelen, Antonissen, 1984).

De effecten van de onder 1 tot en met 3 genoemde maatregelen zijn bestudeerd door Kerkhoff en Hagenstein-'t Mannetje (1983), Soons (1985) en Curfs (1985). Hun analyses zijn gebaseerd op de gegevens omtrent machtigingen en declaraties van regionale ziekenfondsen. De resultaten wijzen er op dat de eerst genoemde maatregel (de zogenaamde tariefmaatregel) geleid heeft tot kostenverhoging door een toename van de gemiddelde kosten per minuut. Daarnaast heeft er een substitutie plaatsgevonden tussen verschillende behandelingsvormen die overigens volgens Curfs (1985) slechts van beperkte invloed geweest is op de ontwikkeling van de kosten. De tweede maatregel (de zogenaamde volume-maatregel) heeft tot een kostenverlaging geleid door een verkorting van de gemiddelde duur per zitting als gevolg van de beperking van het aantal applicaties.

De onder 3 genoemde verzachtende maatregel heeft volgens Curfs niet tot meetbaar resultaat geleid.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Tot slot van dit overzicht zullen we een opsomming geven van de punten waar nader onderzoek nodig is.

- De omvang en samenstelling van de beroepsgroep en de tijd die voor beroepsactiviteiten gebruikt wordt. Hierover zijn tot op heden geen goede gegevens beschikbaar. Dit heeft er onder meer toe geleid dat in het onderzoek naar regionale verschillen in kosten van ziekenfondsverzekerden (Van der Maas e.a. 1984) geen schatting gemaakt kon worden van de invloed van de aanbodzijde. In 1985 is op het NIVEL een registratieproject begonnen dat in deze leemte zal voorzien. Het zal echter niet mogelijk zijn om de ontwikkelingen in het verleden nog te reconstrueren. Dit betekent dat schattingen van de relatieve invloed van volume- en prijscomponenten op de kostenontwikkeling van fysiotherapie tot de onmogelijkheden behoren.
- De vrije toegankelijkheid van fysiotherapie. Hoewel fysiotherapie uitsluitend na verwijzing toegankelijk is, vinden er hier en daar wel vrije spreekuren plaats. De omvang van dit verschijnsel is niet bekend, terwijl ook niet bekend is in welke mate particuliere patiënten zich rechtstreeks tot fysiotherapeuten wenden.
- Een aantal fysiotherapeuten werkt intensief samen met huisartsen (in gezondheidscentra of hometeams). De vraag is welke invloed dit heeft op het gebruik van fysiotherapeutische zorg en op het aantal en de kwaliteit van verwijzingen door huisartsen.
- Over de praktijkvoering van fysiotherapeuten en over hun patiëntenregistratie is geen onderzoek bekend. Basiskennis hierover is nodig voor het opzetten van nader onderzoek naar bijvoorbeeld de aansluiting tussen verwijzing en behandeling.
- Het verwijsproces. Bekend is dat huisartsen sterk verschillen in de hoeveelheid verwijzingen naar fysiotherapeuten. De oorzaken daarvan zullen bestudeerd worden in een onderzoek van het NIVEL dat in 1985 begint. Voor dergelijk onderzoek is een bruikbare classificatie van aandoeningen, diagnoses van verwijzende artsen en 'werkdiagnosen' van behandelende fysiotherapeuten onmisbaar.
- De fysiotherapie als 'onderhoudswerk', zoals dat eens aangeduid is. Uit verschillende, lokale onderzoeken komt naar voren dat fysiotherapeuten relatief weinig nieuwe patiënten krijgen en veel patiënten die al eerder voor dezelfde klacht behandeld zijn. Onderzoek op grotere schaal naar de omvang hiervan is van belang.

- De opleiding. Hierover kunnen verschillende vragen gesteld worden; ondermeer over de verschillen tussen de opleidingen en over de aansluiting tussen opleiding en beroepsuitoefening.
- De aansluiting tussen ambulante en intramurale fysiotherapie. Hierin spelen de poliklinieken van ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatie-instellingen waarschijnlijk een belangrijke rol. Over deze poliklinieken is nog nauwelijks iets bekend.

NOTEN

- 1) 25 planningsregio's voor de intramurale gezondheidszorg.
- 2) Het aantal gewerkte uren was door de geënquêteerden gedurende één week in 1971 bijgehouden.
- 3) Die kunnen waarschijnlijk voor een deel teruggevoerd worden op de manier waarop beide onderzoeken zijn uitgevoerd en op verschillen in de populatie waarop de onderzoeken betrekking hebben.

LITERATUUR

- ANTHONISSEN, A. - 1984. De fysiotherapie door de mangel: overheidsbeleid met betrekking tot het vak fysiotherapie met name in de laatste vijf jaar (1979-1984). Amsterdam, 2. uitg. Scriptie
- BARTELS, M. en L. SCHEEPMAKER - 1983. Het patiëntenaanbod in zes fysiotherapiepraktijken: een inventariserend onderzoek. Utrecht, Stichting Utrechtse Paramedische Academie. Scriptie
- BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN en J. VAN DER ZEE - 1984. Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg: verkennend onderzoek in drie soorten praktijken. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 94, no. 3, 70-74
- BARTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS en J. VAN DER MANNEN - 1983. Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam, Onderzoekplatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam. Publicatie no. 5

- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS en J. VAN DER MANNEN - 1985. Tijd voor kwaliteit: evaluatieonderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam, Stichting Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoeksplatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam
- BOBBERT, M., E. HOUTKOOP, R.H. ROZENDAL en H.W.R. VAN SAMBEEK - 1984. Onderzoek naar effecten van fysiotherapeutisch handelen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 94, no. 7/8, 158-160
- BOERMA, W.G.M. - 1984 Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Cijfers over samenwerking no. 6
- BREKEL, E.J.G. VAN DEN - 1985. Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no. 2, 5-16
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1981. Paramedische mankracht: een cijfermatig overzicht van enkele beroepsgroepen. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1984. Samenwerking door huisartsen: een vergelijkende case study. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- BUYTEN, N.T., R. VAN DER HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. IN 'T VELD en H. LAMBERTS - 1977. Fysiotherapie: vierde in het eerstelijns kwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 87, no. 11, 374-380
- BIJLSMA, H., P.P. GROENEWEGEN, A.E. MONTENY en J. VAN DER ZEE - 1980. Opzet van een registratiesysteem van fysiotherapeuten. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BIJLSMA, H., P.P. GROENEWEGEN, A.E. MONTENY en J. VAN DER ZEE - 1981. Uitvoerbaarheid van een registratiesysteem van fysiotherapeuten. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1983. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen: een inventariserend onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 26, no. 2, 42-48, 62
- CURFS, E.Chr. - 1985. Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie. Maastricht, Rijks Universiteit Limburg. Scriptie
- DERIJCKE, J.C.J., H.H. ERNST en A.F.E.I. VINCK - 1982. Over het hanteren van criteria en normen bij het fysiotherapeutisch onderzoek en het fysiotherapeutisch behandelplan. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 92, no. 12, 326-333

- FRENKEN, F.J.M. - 1983. Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête 1981/'82. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 2, no. 10, 18-25
- HOMMES, C.G. - 1982. Verwijzen huisarts-fysiotherapeut. Utrecht, Stichting Utrechtse Paramedische Academie. Scriptie
- KERKHOFF, A.H.M. - 1982. Huisarts en fysiotherapeut: het verwijzgedrag van huisartsen in het licht van art. 47 - 3 Ziekenfondswet. Medisch Contact, 37, no. 33, 991-997
- KERKHOFF A.H.M. en M.P. HAGENSTEIN-'T MANNETJE - 1983. Sturen met de geldkraan: over het effect van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie. Medisch Contact, 38, no. 7, 185-189
- KERKHOFF, A.H.M. - 1984. Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie. Medisch Contact, 39, no. 23, 715-717
- KERKHOFF, A.H.M. en P.P. GROENEWEGEN -1985. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zort. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus, 91-100
- KORTENHOEVEN, D. - 1982. Verboden toegang voor onbevoegden: een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- KORTENHOEVEN, D. - 1983. Van bijverdienste tot broodwinning: de ontwikkeling van ht economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- LAMMERS, H.J. - 1977. Fysiotherapie in het economisch kader van de gezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 87, no. 10, 340-345, 350
- LEENDERS, J.J.Th., J.J.H. SCHOPPENHAUER en J. SWIERINGA - 1977. Onderzoek fysiotherapeutische dienst in verpleeghuizen voor somatischzieken. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut
- MAAS, P.J. VAN DER, J.D.F. HABBEMA, A.P.M. VAN DER LEE en J.Th.N. LUBBE - 1984. Kostenverschillen tussen ziekenfondsen: verslag van een vooronderzoek naar farmaceutische hulp en andere verstrekingen. Rotterdam, Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg
- MACKENBACH, J.P. - 1984. Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapie is zeker mogelijk. TNO project, 12, no. 2, 62-63
- MELKER, R.A. de - 1981. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 91, no. 9, 254-260
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1972. Beroepsuitoefening fysiotherapeuten, 1971. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij

4 Wijkverpleging

A. Kerkstra en P.F.M. Verhaak

1. INLEIDING	179
2. HET AANBOD AAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG.	180
3. TAKEN EN WERKWIJZE	184
3.1. Categorieën van wijkverpleegkundige zorg	184
3.2. Organisatorische aspecten van de wijkverpleging	190
4. GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG	194
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	196
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VAN VERDER ONDERZOEK	198
LITERATUUR	201

1. INLEIDING

Op het gebied van de wijkverpleging is in Nederland geen sprake van een systematische onderzoekstraditie. In de jaren 70 zijn enkele onderzoeken op landelijk niveau uitgevoerd (Knapen, Scheffer en Hutjes, 1975; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1978, 1979), maar meer recente gegevens op landelijke schaal ontbreken.

Het meeste onderzoek is op regionaal niveau verricht, bijvoorbeeld in opdracht van provinciale kruisverenigingen, en heeft een 'toegepast' karakter, dat wil zeggen het betreft specifieke situaties en vraagstellingen en heeft doorgaans betrekking op een klein aantal gevallen. De verzamelde gegevens zijn meer kwalitatief dan kwantitatief, vaak in de vorm van meningen en opvattingen van de betrokkenen. Het toegepaste karakter brengt met zich mee dat de onderzoekersrapporten vooral worden gebruikt als aanzet tot discussie of ter evaluatie van proefprojecten. In mindere mate dragen zij bij aan het verzamelen van wetenschappelijke kennis omtrent de wijkverpleegkunde. Tekenend voor deze situatie is het ontbreken van dissertaties gebaseerd op empirisch onderzoek naar wijkverpleegkunde.

Een probleem vormt ook de toegankelijkheid van het wel verrichte onderzoek. Het is vaak moeilijk te vinden door een beperkte verspreiding en door het ontbreken van tijdschriftpublicaties over de onderzoeksresultaten. Waarschijnlijk als gevolg hiervan zijn de diverse onderzoeken slecht op elkaar afgestemd en leveren ze een versnipperd beeld op.

Ondanks het hierboven geschetste, sombere beeld, zullen we proberen een overzicht te geven van het onderzoek dat tot nu toe werd verricht. Wat het uitvoerende werk betreft, richten we ons daarbij op het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, dat wil zeggen de zorgverlening aan individuele patiënten/cliënten van alle leeftijdscategorieën in hun thuissituatie. Wijkverpleegkundigen hebben daarnaast vaak een taak binnen de jeugdgezondheidszorg op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Hoewel deze zorg doorgaans tot de basisgezondheidszorg wordt gerekend, komt ook dit thema zijdelings aan de orde.

Bij de bespreking van het onderzoek wordt de algemene indeling gevolgd die voor alle beroepsgroepen in deze bundel is aangehouden. Het aanbod aan wijkverpleegkundige zorg wordt in hoofdstuk 2 behandeld. Daarna volgt in hoofdstuk 3 het onderzoek naar taken en werkwijze en naar organisatorische aspecten, zoals 24 uren-bereikbaar

heid en samenwerking.

Hoofdstuk 4 handelt over de vraag naar wijkverpleegkundige zorg en in hoofdstuk 5 wordt een overzicht gegeven van de bestaande regelingen en financiële aspecten. Tot slot volgen in hoofdstuk 6 enige conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek.

2. HET AANBOD AAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn als regel in dienst van een kruisvereniging die meestal uit een of meer basiseenheden bestaat. Een basiseenheid is een organisatorische eenheid die een bepaald geografisch gebied bestrijkt. Doorgaans bestaat zo'n eenheid uit een team van 1 hoofdwijkverpleegkundige, circa 7 wijkverpleegkundigen (of verpleegkundigen-in-de-wijk) en circa 2 wijkziekenverzorgenden. De bevoegdheid tot wijkverpleegkundige wordt verkregen door het volgen van, en het behalen van het diploma aan één van de volgende opleidingen:

- de opleiding tot het diploma A-verpleegkundige gevolgd door de opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ). Dit laatste is een full-time dagopleiding van 2 jaar aan een sociale academie of een academie voor gezondheidszorg.
- de Hogere Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen (HBOV). De duur van deze dagopleiding is 4 jaar.

De kerntaken van de wijkverpleegkundige zijn (Nationale Kruisvereniging, 1983):

- verplegen in zeer ruime zin, dat wil zeggen zowel curatief als preventief.
- gezondheidsvoorlichting en -opvoeding geven.
- leiding en begeleiding geven aan wijkziekenverzorgenden en collega's in opleiding.
- suggesties geven voor de verdere ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg (vanuit eigen praktijkervaringen).

Verpleegkundigen in de wijk verrichten hetzelfde werk als de wijkverpleegkundigen, zij zijn echter niet bevoegd in die zin dat ze slechts in bezit zijn van het diploma A-verpleegkundige. Voor hen bestaat de mogelijkheid hun bevoegdheid te behalen door naast hun werk de 2-jarige part-time opleiding Maatschappelijke Gezondheids

zorg te volgen.

Voor het verkrijgen van de bevoegdheid van wijkziekenverzorgende tenslotte is de opleidingsweg: het behalen van het diploma van ziekenverzorgende door het volgen van de inservice-opleiding in een daartoe erkende instelling. Ervaring in het werken in een verpleeghuis is daarbij van belang. Na het in dienst treden bij een kruisvereniging kan de applicatiecursus voor wijkziekenverzorgende (10 weken) worden gevolgd, hetgeen leidt tot een door de Nationale Kruisvereniging verstrekt getuigschrift (Tjebbes, 1983). De wijkziekenverzorgende werkt onder leiding van de wijkverpleegkundige en assisteert deze in haar werkzaamheden. De belangrijkste taken zijn (Nationale Kruisvereniging, 1976):

- verzorging van de thuisverblijvende zieken.
- het afleggen van huisbezoeken op het terrein van de bejaardenzorg, in overleg met en op verzoek van de wijkverpleegkundige.

Volgens het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) is de minimum norm één wijkverpleegkundige op de 3.450 inwoners. Indien echter wijkverpleegkundigen betrokken zijn in een door het Ministerie van WVC erkend samenwerkingsverband, dan geldt voor deze wijkverpleegkundige de norm van 3.000 inwoners.

Het is de bedoeling dat het Kruiswerk voor de toekomst een relatieve versterking ondergaat, waarbij ook rekening wordt gehouden met lokale/regionale omstandigheden en prioriteiten (Graat, 1981). In de nota 'Eerstelijnszorg' wordt gepleit voor een capaciteit van één wijkverpleegkundige op 2.500 inwoners. Bij een groeitempo van 5% zou dit haalbaar kunnen worden in het jaar 1990 (Nationale Kruisvereniging, 1984).

Exacte cijfers omtrent de omvang en spreiding van de beroepsgroep wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden zijn op regionaal niveau niet aanwezig. In principe is het een puur administratieve zaak om een dergelijk overzicht te vervaardigen. Men kan namelijk de personeelsbezetting van alle erkende instellingen inventariseren en op grond daarvan de opbouw per provincie en het verloop door de jaren heen vaststellen.

De meest recente cijfers omtrent de omvang van de beroepsgroep wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende werden gepubliceerd in het Maandbericht Gezondheidsstatistiek (Personeelsgegevens, 1984, 1985) en hebben betrekking op de jaren 1982 en 1983 (zie tabel 1).

Tabel 1: bezette arbeidsplaatsen (full-time equivalenten) naar beroepsgroep en geslacht, per 31 december 1982, respectievelijk 1983

	1982			1983		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
wijkverpleegkundigen	122	3.414	3.536	139	3.637	3.776
verpleegk.in de wijk	28	891	919	25	760	785
wijkziekenverzorgenden	30	925	955	32	1.010	1.042
totaal	180	5.230	5.410	196	5.407	5.603

Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1984, 1985.

Uit tabel 1 blijkt dat zowel in 1982 als in 1983 het nog steeds overwegend vrouwen zijn die het beroep van wijkverpleegkundige (al dan niet bevoegd) en wijkziekenverzorgende uitoefenen. De mannen vormen met ruim 3% van het totale aantal een duidelijke minderheid. Vergeleken met 1982 is in 1983 het aantal wijkverpleegkundigen toe genomen met 6.8 %, het aantal verpleegkundigen in de wijk afgenomen met 14.6 % en bij de wijkziekenverzorgenden valt een toename te constateren van 9.1%. In 1982 is er sprake van één wijkziekenverzorgende op 4.7 wijkverpleegkundige (al dan niet bevoegd) en in 1983 is deze verhouding één op 4.4. wijkverpleegkundigen. Het aantal onbevoegde wijkverpleegkundigen nam af van 20.6% in 1982 tot 17.2 % in 1983.

Uit tabel 2 (zie volgende pagina) komt naar voren dat het aantal mannen dat in deeltijd werkt gering is in 1982 en 1983 (6.1% respectievelijk 7.4%). Het aantal vrouwelijke part-timers steeg van 26.8 % naar 31.1%. Het is met name de groep vrouwelijke verpleegkundigen in de wijk die in 1982 en 1983 in deeltijd werkt (49.5% respectievelijk 61.2%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze groep naast hun werk de part-time opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg volgt, teneinde de bevoegdheid wijkverpleegkundige te verwerven. Voor gegevens over de spreiding van wijkverpleegkundigen in Nederland baseren we ons op de publicatie van Groenewegen en Hingstman (1985). Daaruit blijkt dat in januari 1984 het gemiddeld aantal inwoners per wijkverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk in Nederland 3.259 bedraagt. Tussen de provincies onderling zijn duidelijke

Tabel 2: aantal full-timers en part-timers naar beroepsgroep en geslacht per 31 december 1982 en 1983 in per centages

	mannen		vrouwen		totaal	
	full-time	part-time	full-time	part-time	full-time	part-time
1982						
wijkverpleegkundigen	94.3%	5.8%	78.3%	21.7%	78.8%	21.1%
verpleegk. in de wijk	93.1%	6.9%	50.5%	49.5%	51.4%	49.6%
wijkziekenverzorgenden	93.3%	6.7%	83.0%	17.0%	83.3%	6.7%
totaal	93.9%	6.1%	73.2%	26.8%	73.8%	26.2%
1983						
wijkverpleegkundigen	93.0%	7.0%	75.2%	24.8%	75.8%	24.2%
verpleegk. in de wijk	85.0%	15.0%	38.8%	61.2%	39.8%	60.2%
wijkziekenverzorgenden	100.0%	0%	80.0%	20.0%	80.5%	19.5%
totaal	92.6%	7.4%	68.9%	31.1%	70.9%	29.1%

Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1984, 1985

verschillen in spreiding aanwezig. De provincies Overijssel, Flevoland, Utrecht, Zeeland en Limburg zijn het beste voorzien met één wijkverpleegkundige op 2.825 à 3.200 inwoners. Daarna volgen Groningen, Drente en Noord-Holland met één wijkverpleegkundige op de 3.200 à 3.300 inwoners. In Friesland, Gelderland en Zuid-Holland is er in 1984 één wijkverpleegkundige per 3.300 à 3.400 inwoners aanwezig. Noord-Brabant, tenslotte, is het meest slecht bedeed met één wijkverpleegkundige op meer dan 3.400 inwoners. Uit dit overzicht wordt duidelijk dat de in de nota 'Eerstelijnszorg' bepleite capaciteit van één wijkverpleegkundige op 2.500 inwoners, in 1984 nog lang niet tot de realiteit behoort.

Recente gegevens over de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep wijkverpleegkundigen ontbreken. Hierdoor is niet bekend of de scheve leeftijdsverdeling (veel ouderen) die Knappen, Scheffer en Hutjes in 1975 vonden, inmiddels een ander beeld vertoont. Wel zijn er aanwijzingen dat de animo voor de wijkopleiding de laatste jaren toeneemt als men dit althans mag afleiden uit de wachtlijsten die diverse opleidingsinstituten hebben moeten invoeren.

3. TAKEN EN WERKWIJZE

3.1. Categorieën van wijkverpleegkundige zorg

Het werk van de wijkverpleegkundige is gedetailleerd beschreven in het Werkboek van Wijkverpleegkundigen in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (Nationale Kruisvereniging, 1979). Heel globaal kan een vijftal zorgsoorten onderscheiden worden die hierna kort worden toegelicht.

1. Algemene verpleegkundige zorg (doorgaans curatieve zorg genoemd) zoals het geven van injecties, periodieke wasbeurten, het verbinden van wonden en het bieden van "laatste hulp".
2. Specifieke zorg, bestaande uit de begeleiding en controle van patiënten met revalidatie-problematiek of van patiënten lijdende aan bijvoorbeeld tbc, rheuma, kanker en suikerziekte.
3. Bejaardenzorg, bestaande uit de regelmatige begeleiding en controle van de ingeschreven bejaarden, d.w.z. de bejaarden die lid zijn van de Kruisvereniging.
4. Prenatale zorg, bestaande uit de advisering van aanstaande ouders.
5. Zuigelingen- en kleuterzorg, bestaande uit de begeleiding en advisering van kind en ouders.

In een landelijk onderzoek van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) werd de relatieve tijdsbesteding aan deze vijf zorgsoorten - uitgedrukt in het aantal bezoeken - onderzocht. Werkzaamheden als uitlenen van materiaal, het houden van spreekuren en het geven van gezondheidsvoorlichting (GVO) werden buiten het onderzoek gelaten.

De resultaten laten de volgende verdeling zien: 68.3% van de bezoeken van de wijkverpleegkundige valt binnen de categorie algemeen verpleegkundige zorg; 17.9% betreft bezoeken in het kader van de zuigelingen- en kleuterzorg; 6.9% betreft bejaardenzorg; 5.9% specifieke zorg en tenslotte betreft 1% de prenatale zorg. Hoewel bijna driekwart van de bezoeken aan algemeen verpleegkundige zorg wordt besteed, is het aantal personen aan wie deze zorg wordt verleend relatief gering, namelijk slechts 8% van het totaal aantal personen dat in zorg is.

In de periode 1974-1977 daalde het aantal in zorg zijnde personen maar nam het aantal bezoeken per persoon toe. Dit laatste werd veroorzaakt door een toename in het aantal algemeen verpleegkundige

bezoeken per persoon.

Meer in beschouwende zin behandelt Tjebbes (1975) het werk van de verpleegkundige. Op basis daarvan ontwerpt zij een schema waarin het verpleegproces gedetailleerd weergegeven kan worden. Hulshof, Gieskes en Kardol (1984) gebruiken het schema om het werk van verplegenden en de verpleegbehoeften van patiënten in een verpleegtehuis te beschrijven. Onderzocht moet worden of het schema ook geschikt is als observatieprotocol om het werk van de wijkverpleegkundige in kaart te brengen.

Een andere mogelijkheid om de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen tot onderwerp van onderzoek te maken biedt het Wijkadministratie-systeem (WAS) dat vanaf 1980 geleidelijk in de basiseenheden werd ingevoerd (Nationale Kruisvereniging, 1980).

Het WAS bestaat uit twee delen: een registratiesysteem en een rapportage-systeem. Onder registreren wordt verstaan: het systematisch vastleggen van de gegevens betreffende de hulpverlening ten behoeve van het methodisch hulpverleners, de werkplanning, het verkrijgen van ondersteuning en de continuïteit in de zorgverlening. Het rapporteren is het systematisch verstrekken aan derden van gegevens die in de registratie zijn vastgelegd in het kader van ondersteuning, samenwerken, verwijzen en verantwoorden (Bakker-Lenderink, 1979).

De basis van het registratiesysteem vormt het gezinskaartensysteem. Voor ieder gezin dat of alleenstaande die lid is van de desbetreffende kruisvereniging, is een dergelijke kaart aanwezig. Op de gezinskaart wordt door de wijkverpleegkundige aangegeven in welke maand een bezoek zal worden gebracht, welke gezinslid het betreft (leeftijd) en met welk doel. Door middel van 'ruitertjes' wordt het soort zorgverlening, bijvoorbeeld verpleeg-technisch handelen, medicijnen toedienen, begeleiden in probleem-situaties, aangegeven. Daarnaast kunnen op episodebladen de hulpvraag, de hulpverlening, de verandering in zorgbehoefte, het bereikte resultaat en dergelijke worden genoteerd.

Met behulp van het rapportagesysteem worden per maand van elke patiënt/cliënt aan wie zorg is verleend, gegevens vastgelegd: de leeftijd, het doel van het bezoek, het aantal contacten, de plaats van het contact (thuis, op het spreekuur, consultatiebureau of telefonisch) en met welke andere hulpverleners de wijkverpleegkundige heeft gesproken over deze patiënt/cliënt. Verder kan een aantal facultatieve gegevens worden ingevuld. Daarnaast worden per maand door de wijkverpleegkundige op een ander formulier de niet-patiëntgerichte werkzaamheden genoteerd. Dit zijn activiteiten op zuigelingenbu-

reus, bejaardenbureaus, overleg met andere hulpverleners binnen en buiten het kruiswerk, werkbesprekingen en bijscholingen. Van iedere activiteit wordt aangegeven de frequentie, de tijdsduur en of het een individuele of groepsgewijze activiteit betreft. De bovengenoemde formulieren worden elke maand met de computer verwerkt.

Per 1 april 1985 wordt door 88.8% van het totaal aantal basiseenheden het registratiesysteem en door 56.6% ook het rapportage-systeem van het WAS gebruikt (Maatschappelijke Gezondheidszorg, 6, p.9, 1985).

In de praktijk blijkt het WAS enige interpretatieproblemen te geven, waardoor met name de gegevens van het rapportagesysteem een vertekend beeld van de verleende zorg kunnen geven. Van Helmond-Donders (1985) komt met de volgende punten van kritiek:

1. Er mag bij elk contact slechts één categorie van zorgverlening worden vermeld. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt tijdens één bezoek gewassen wordt en een injectie krijgt, worden in werkelijkheid twee verrichtingen uitgevoerd. Welke genoteerd wordt, is afhankelijk van het accent dat de wijkverpleegkundige zelf in haar hulpverleningscontact legt.
2. Criterium bij de invulling is het **doel** van het contact, bijvoorbeeld een wasbeurt. Wat er tijdens het contact nog meer aan zorg plaatsvindt, bijvoorbeeld een begeleidingsgesprek kan niet worden genoteerd.
3. De omschrijvingen en classificaties van de werksoorten in het systeem veroorzaken - ook bij ervaren verpleegkundigen - herhaaldelijk onzekerheid, bijvoorbeeld de tweedeling tussen patiëntgerichte en niet-patiënt-gerichte werkzaamheden.
4. De administratieve werkzaamheden van de wijkverpleegkundige worden niet geregistreerd.

Op basis van de gegevens van het WAS is nog nauwelijks onderzoek gepubliceerd. Een eerste aanzet werd gedaan door Bakker-Lenderink (1983), die op grond van het jaaroverzicht 1982 van 11 basiseenheden het aantal contacten en de verdeling per zorgsoort beschrijft, alleen voor de groep cliënten boven de 60 jaar. Als belangrijkste resultaat blijkt dat bij mensen van 80 jaar of ouder het aantal contacten met de wijkverpleging explosief toeneemt in vergelijking met de groep 60- tot 80-jarigen. Meer dan 40% van de 'boven-80-jarigen' is in zorg bij de Kruisvereniging. Meer in het algemeen heeft 80 tot 90% van de bezoeken van de wijkverpleegkundige bij ouderen boven de 60 jaar betrekking op de curatieve zorg (lichamelijke/hygiënische verzorging, verpleeg-technische handelingen en medicijnen toedienen). Daarnaast is de Nationale Kruisvereniging gestart met een

peilstation-project, met als doel met behulp van het WAS representatieve gegevens te verzamelen over de verleende wijkverpleegkundige zorg (Bakker-Lenderink, 1985). De resultaten van dit project zijn echter nog niet gepubliceerd.

Gegevens over het werk van de wijkverpleegkundige zijn ook te vinden in het al eerder genoemde ITS-onderzoek van Knapen e.a. (1975). Dit vrij groot opgezette onderzoek (de gegevens hebben betrekking op 994 patiënten) is niet gebaseerd op registratiegegevens, maar op interviewgegevens. De interviews werden afgenomen bij de wijkverpleegkundigen zelf, de patiënten en in een aantal gevallen ook bij de huisarts. In het onderzoek komt vooral aan de orde wat de mening van de betrokken partijen is over het wijkverpleegkundig handelen.

De wijkverpleegkundige blijkt aan het curatieve deel van haar werk (injecteren, lichamelijk-hygiënische verzorging, verpleging) relatief veel tijd te besteden, maar dit zelf niet als het belangrijkste deel van haar werk te zien. De meer begeleidende en signalerende taken worden door haar vaker 'zeer belangrijk' genoemd, terwijl de relatieve tijdsbesteding in dit opzicht geringer is. De nadruk van de wijkverpleegkundige op begeleidende taken komt ook naar voren wanneer de behoeftedefinities van patiënten en wijkverpleegkundigen worden vergeleken. Patiënten benadrukken verpleegtechnische behoeften, terwijl de wijkverpleegkundigen vaker denken dat de patiënt behoefte heeft aan begeleiding.

Ditzelfde komt naar voren in een onderzoekje naar nazorgbehoefte bij 40 hoofd- en halskankerpatiënten (Rood-Nieuwland en van Burink-Withaar, 1981): verwijsinstanties roepen vooral de hulp van de wijkverpleging in, vanwege de verpleegtechnische aspecten, terwijl de wijkverpleegkundige zelf psychosociale hulp ook belangrijk vindt. Is een contact - om verpleegtechnische redenen - eenmaal gelegd, dan komt psychosociale hulpverlening ook vrijwel altijd aan de orde.

Scheffer en Woldringh (1975) onderzochten welke psychosociale problemen patiënten van wijkverpleegkundigen hebben en hoe de wijkverpleegkundige daarmee omgaat. De onderzoekers ontwierpen daartoe een registratieformulier wat door 13 wijkverpleegkundigen gedurende 14 dagen werd ingevuld. In deze twee weken werden bij 171 bezochte cliënten psychosociale problemen geconstateerd (291 contacten). De meeste problemen hebben te maken met chronische ziekten, met bejaard-zijn en met huwelijk en kinderen. In 116 contacten 'behandelt' de wijkverpleegkundige zelf deze psychosociale problemen, wat overigens volgens Scheffer en Woldringh vaak neerkomt op 'tegemoot-(treden)

aan de behoefte van mensen om zich over allerlei zaken uit te spreken zonder dat ze direct een pasklare oplossing biedt'. In 53 contacten verwijst ze de patiënten door naar een andere hulpverlener, vooral naar de huisarts: 21 keer. Ze verwijst niet zo vaak omdat dit de patiënten afschrikt, terwijl het bespreken van problemen met de wijkverpleegkundige weinig bedreigend is.

In een ander onderzoek dat in een gezondheidscentrum plaatsvond (Verhaak, 1984) registreerden de wijkverpleegkundigen alle psychosociale problematiek gedurende vier maanden. Uit de gegevens blijkt dat in 20 tot 40 procent van alle bezoeken die een wijkverpleegkundige aflegt, psychosociale problemen een rol spelen. De problemen hebben vooral te maken met opvoeding, met verwerking van ziekte en met stervensbegeleiding. Ongeveer driekwart van de problemen worden door de wijkverpleegkundige zelf behandeld. Wanneer de hulp van anderen werd ingeroepen blijkt dit vaak de huisarts te zijn (40% van de verwijzingen), en ook wel het maatschappelijk werk (20%) of de AGGZ (12%).

De psychosociale hulp die de wijkverpleegkundige verleent wordt door de patiënt zelf niet altijd als zodanig onderkend. Jonkergouw (1982) onderzocht door middel van interviews bij 12 wijkverpleegkundigen en 12 cliënten de relatie tussen hulpvraag en hulpaanbod met betrekking tot de wijkverpleging. Hierin vond hij onder meer dat sommige bejaarden preventieve bezoeken interpreteerden als een visite 'voor de gezelligheid'.

Overigens blijkt uit het ITS-onderzoek dat de inbreng van de wijkverpleegkundige bij een aantal psychosociale problemen (met name school/werkproblemen, financiële problemen in verband met ziekte, problemen in verband met vrijetijdsbesteding en problemen in verband met de houding van de omgeving) relatief gering is.

Een volgend onderwerp van onderzoek is in hoeverre wijkverpleegkundigen preventieve zorg verlenen.

In een NIVEL-onderzoek van Boerma (1985) werden 97 wijkverpleegkundigen (respons 81%) die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum, schriftelijk ondervraagd naar hun opvattingen over preventieve taken en in hoeverre ze preventieve werkzaamheden verrichten. Uit de resultaten komt naar voren dat wijkverpleegkundigen het signaleren van bepaalde maatschappelijke problemen als ziekmakende factoren bijna unaniem (94%) tot hun taak rekenen, en in mindere mate ook de presymptomatische individuele preventie (70%). Ook is er een meerderheid (59%) voor het uitoefenen van sociale en politieke invloed in

verband met het werk. Ze voelen daarentegen weinig voor het meewerken aan periodiek screeningsonderzoek van bepaalde risicogroepen (32%) en vroege opsporing vindt een meerderheid (57%) meer een taak voor de basisgezondheidszorg.

Wat hun werkzaamheden betreft blijkt dat wijkverpleegkundigen voornamelijk preventieve taken hebben binnen de jeugdgezondheidszorg. Ze worden weinig betrokken bij de vroege opsporing en begeleiding van bijvoorbeeld hypertensie, diabetes, borstkanker en baarmoederhalskanker. Verder geven ze weinig preventieve adviezen met betrekking tot minder drinken, vermageren of stoppen met roken. Volgens de onderzoeker zou de wijkverpleging bij bovengenoemde preventieve taken een grotere rol kunnen spelen dan nu het geval is, omdat op die manier de multidisciplinaire samenstelling van het team beter benut zou kunnen worden voor preventieve doelen.

Muskens (1985) onderzocht in welke mate een andere preventievorm, namelijk gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) tot het uitvoerende werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden behoort. In totaal 90 (respons 98%) wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden uit acht teams in de provincies Friesland, Zeeland en Limburg, vulden een enquête in. Vrijwel allen geven aan bepaalde GVO-activiteiten 'regelmatig' of 'bij vrijwel alle voorkomende gelegenheden' te verrichten. Het betreft vooral voorlichting aan individuele patiënten, die veelal is verweven met andere (curatieve) activiteiten, zoals voorlichting over de aard van een ziekte, klachten en problemen, over medicijngebruik, behandelingsplan, zelfzorg, mantelzorg en andere mogelijkheden tot hulpverlening. Voorlichting over de mogelijkheden die er voor de patiënten zijn tot 'lotgenotencontact', toetreding tot zelfhulpgroepen etc. wordt veel minder gegeven. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de ondervraagde wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden veelal op het platteland werkzaam zijn. Daar zijn weinig van dergelijke organisaties aanwezig en er bestaat een grotere sociale controle, bijvoorbeeld patiënten schamen zich ervoor om in een dergelijke groep te zitten. In een experiment in Maastricht (Seelen, Van Zutphen en Diederiks, 1985) werden 150 patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten at random verdeeld voor individuele begeleiding door de huisarts of de wijkverpleegkundige. De begeleiding bestond uit het geven van informatie over de betekenis van de gevonden risicofactoren en uit het verlenen van persoonlijke, op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt afgestemde zorg. In de jaarlijkse follow-up bleek dat de huisarts meer spreekuurtijd (45 minuten per persoon per jaar) besteedde dan de wijkverpleegkundige (35 minuten). De wijkver-

pleegkundige legde daarnaast 30 maal een huisbezoek af van gemiddeld één uur. De huisarts verwees iets meer naar de tweedelij (specialist). De patiënten van de huisarts en die van de wijkverpleegkundige waren even tevreden over de begeleiding, en er was ook geen verschil in het effect van de behandeling tussen beide groepen, hetgeen gemeten werd aan de hand van o.a. de cholesterolspiegel, bloeddruk, roken en lichaamsgewicht. De conclusie is dat de wijkverpleegkundige het er bij de begeleiding niet slechter heeft af gebracht dan de huisarts. Wijkverpleegkundigen zijn in staat de begeleiding van 'risicopersonen' voor hart- en vaatziekten uit te voeren, niet vanuit een zelfstandige positie, wél in samenwerking met de huisarts. Daarbij is het een vereiste dat zij de uitsluitend medische aspecten zoals het voorschrijven van medicijnen en diagnostisch onderzoek niet hoeft uit te voeren (Seelen e.a., 1985).

Als laatste onderwerp in deze paragraaf komt het thema zelfzorg en mantelzorg aan de orde. De toenemende aandacht voor verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en mantelzorg is aan de wijkverpleegkundige niet onopgemerkt voorbijgegaan. Deze verschuiving heeft implicaties voor de methodiek van de hulpverlener. Termen als 'verplegen met de handen op de rug', of 'zelfzorg-sparende hulpverlening' zijn in dit verband typerend.

Het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam peilde de mening van 125 wijkverpleegkundigen over deze verschuiving. Hieruit blijkt dat in de loop van de tijd de meeste wijkverpleegkundigen meer op zelfzorg en mantelzorg zijn gaan aansturen in hun omgang met cliënten. Zelfzorg en mantelzorg bevorderen vereist echter goede samenwerking met andere disciplines (huisarts, gezinszorg, tweedelij), een voorhanden zijnde sociale structuur rond de cliënt en voldoende structurele voorwaarden.

3.2. Organisatorische aspecten van de wijkverpleging

De organisatie van het werk van de wijkverpleegkundige is onderwerp van onderzoek geweest voor wat betreft de nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, de 24 uren-bereikbaarheid en de samenwerking in gezondheidscentra.

Experimenten met georganiseerde nazorg zijn de afgelopen 10 jaar op verschillende plaatsen uitgevoerd. Het aantal patiënten dat voor nazorg in aanmerking komt varieert van 10% tot 16% van alle patiënten

die uit het ziekenhuis ontslagen worden (Bremer, 1976; Bultman, 1979; Van de Kaaij, 1975; Verschuren, 1985). Drogendijk (1981) geeft een uitgebreid literatuuroverzicht waarin doel, functie en organisatie van de nazorgdienst van de kruisvereniging uiteengezet wordt en waarin chronologisch 25 nazorg-experimenten en/of onderzoeken worden weergegeven. Voor deze onderzoeken geldt dat ze veelal beschrijvend zijn en dat geen cijfermatige onderbouwing wordt gegeven. Het is niet mogelijk op grond daarvan te concluderen dat door een goed georganiseerde nazorg patiënten eerder uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen.

Wil nazorg voor patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen zijn goed functioneren dan brengt dat met zich mee dat er contacten moeten bestaan tussen ziekenhuis en wijkverpleging om vast te stellen welke patiënten wel en niet voor nazorg in aanmerking komen.

Naar de overeenstemming in dit opzicht tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging is onderzoek verricht door Drijver en Van der Esch (1981); in totaal kwam elf procent van de ontslagen patiënten volgens de ziekenhuisverpleegkundigen voor de nazorgdienst in aanmerking. Hiervan werd echter bijna de helft niet formeel (dat wil zeggen mét nazorg-formulier) door het ziekenhuis aan de nazorgdienst overgedragen. De wijkverpleegkundige vond dat ongeveer een derde van de voor nazorg geselecteerde patiënten géén nazorg nodig had. Voorts selecteerde ze zelf uit de groep 'geen nazorg' een groep die in haar ogen wél nazorg nodig had, die bijna even groot was als de oorspronkelijke nazorggroep. Volgens de onderzoekers zijn de verschillen in beoordelingscriteria van ziekenhuisverpleging en wijkverpleging terug te voeren op de nadruk van de ziekenhuisverpleging op therapeutische maatregelen en/of het leren gebruiken van hulpmiddelen en de nadruk van de wijkverpleging op de te verwachten psychische problemen.

Verschuren (1985) onderzocht op grond van welke criteria patiënten in aanmerking komen voor nazorg bij de kruisvereniging. Daartoe werden 90 uit het ziekenhuis ontslagen patiënten geïnterviewd. Dit waren patiënten die wél (n=47) of géén (n=43) nazorg kregen. Daarnaast vulde de hoofdverpleegkundige van de ziekenhuisafdeling de reden in waarom de desbetreffende patiënt wel of niet in aanmerking kwam voor nazorg. Tenslotte beoordeelden de twee interviewsters of de patiënt wel of geen nazorg nodig had. Uit de resultaten komt naar voren dat de belangrijkste criteria voor het verkrijgen of het nodig hebben van nazorg zijn: oordeel van de patiënt, leeftijd (vooral ouderen krijgen nazorg), bekendheid met de kruisvereniging, hoeveelheid gezondheidsklachten, ADL-zelfstandigheid, psychische gesteldheid, ge-

slacht (vrouwen krijgen vaker nazorg dan mannen) en de gezinssituatie van de patiënt. De hoofdverpleegkundige en de interviewsters vertoonden een redelijke overeenstemming: 83% van de patiënten die volgens de interviewster nazorg nodig heeft, krijgt het ook. De patiënten die géén nazorg krijgen, maar het volgens de interviewster wél nodig hebben zijn patiënten:

- bij wie de ziekenhuisopname niet of nauwelijks heeft geholpen;
- die hulp en/of controle nodig hebben bij bijvoorbeeld stoma, wonden, prothese, incontinentie of een dieet.

Het instellen van een 24-uurs-bereikbaarheid is eveneens een organisatorisch probleem dat aanleiding heeft gegeven tot een aantal experimenten. In de rapportages over deze experimenten (vgl. Maatschappelijke Gezondheidszorg, themanummer 5/1984) gaat men in op aantal en soort cliënten dat van avond- en nachtdiensten gebruik maakt, de selectiecriteria die men hanteert en de soort verpleegkundige verrichtingen.

Bij de selectiecriteria gaat het om patiënten die niet voor zichzelf kunnen zorgen en ook geen beroep kunnen doen op mensen in hun naaste omgeving. Bijvoorbeeld patiënten in een laatste stadium van ziekte, incontinentie patiënten, waarbij decubitus dreigt of gehandicapten en ADL-onzelfstandige patiënten die hulp nodig hebben bij het naar bed gaan (Graat, 1984a).

Ondanks dat het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) de Kruisverenigingen verplicht in principe 24 uur per etmaal bereikbaar te zijn om in urgente gevallen hulp te kunnen verlenen, is de 24-uurs-bereikbaarheid nog lang niet overal ingevoerd. Wel worden momenteel in iedere provincie experimenten opgezet. De aanpak binnen ieder experiment is echter zeer verschillend (Graat, 1984b).

Naar deze experimenten wordt meestal geen systematisch onderzoek verricht. In sommige plaatsen wordt het aantal patiënten en de soort verpleegkundige verrichtingen bijgehouden. Bijvoorbeeld, bij de 24-uursbereikbaarheid in Tilburg (Graat, 1984b) ging het in 1983 om in totaal 230 patiënten, waarvan 85.6% 60 jaar of ouder was. Het totaal aantal verpleegkundige verrichtingen bedroeg 5.809. Deze verrichtingen betroffen voornamelijk lichamelijke verzorging (74.6%), medicijnen toedienen (14.2%) en verpleegtechnisch handelen (10.8%). Een uitgebreider onderzoek vindt momenteel plaats in Zeeland (Besteman, Dresmé en De Boom-Van Duin, 1984). Naast genoemde inhoudelijke aspecten onderzoekt men daar a) aan welke interne voorwaarden een 24-uursdienst moet voldoen (met betrekking tot onder meer infrastructuur, afstemming in het team, begeleiding, kosten), b) hoe de

afstemming met de andere eerstelijnsvoorzieningen en intramurale voorzieningen plaats moet vinden, en c) wat de effecten zijn voor de patiënt, voor de dagdienst en voor derden (gevolgen voor het genezingsproces, mantel- en zelfzorg, belasting van dagdienst en van derden, intramurale opnamen, verschuivingen in zorg voor bijvoorbeeld huisarts en gezinszorg).

In 1974 werd in een basiseenheid in de Pijp in Amsterdam een onderzoek gedaan onder 9 wijkverpleegkundigen en 2 wijkziekenverzorgenden naar de samenwerking van de wijkverpleging met andere hulpverleners (Van Amstel e.a., 1976). Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen de verwijzing door andere instanties naar de wijkverpleging en inschakeling van instanties door de wijkverpleging. De belangrijkste bevindingen zijn dat 90% van de in totaal 172 cliënten door verwijzing bij de wijkverpleging in zorg komt. De helft hiervan is afkomstig van collegae wijkverpleegkundigen (overdracht, vanwege veranderingen van baan). Daarnaast zijn de verwijzingen meestal afkomstig van ziekenhuizen (18%) en huisartsen (15%). In 28% van de gevallen ontbreekt er onmisbare informatie bij de verwijzing. De ziekenhuizen blijken de meeste informatie te verschaffen. Bij bijna de helft van de verwijzingen heeft de wijkverpleegkundige in een later stadium nog contact gehad met de verwijzer, hetgeen meestal positief wordt gewaardeerd door de wijkverpleegkundige. Voor ruim éénderde van de cliënten schakelt de wijkverpleegkundige zelf andere instanties of personen in, met name de huisarts (18%) en de wijkpost bejaarden (12%). Bij 58% van het aantal gevallen waarvoor men hulp inriep wordt dit contact als positief ervaren en in 15% van de gevallen vond men het niet zo geslaagd.

Het NHI onderzocht de samenwerking van wijkverpleegkundigen in het kader van de jeugdgezondheidszorg en met betrekking tot stervensbegeleiding. De thema's werden gekozen omdat op deze gebieden samenwerking binnen de eerstelijns voor de hand ligt.

Over hun betrokkenheid bij stervensbegeleiding zijn 209 wijkverpleegkundigen, werkzaam in een gezondheidscentrum, geënquêteerd (respons 77%). De wijkverpleegkundige speelt, volgens haar zeggen, naast de huisarts, een belangrijke rol bij de begeleiding van terminale patiënten en bij rouwbegeleiding. Bij stervensbegeleiding zijn de belangrijkste taken van de wijkverpleegkundige: voorlichting en advisering over verzorging, het mobiel trachten te houden van de patiënt en het steunen van de familie: wijkverpleegkundigen zijn vrij tevreden over de mate waarin ze de gestelde taken op dit gebied kunnen realiseren (Boerma, 1982).

Met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg werkt de wijkverpleegkundige vrijwel altijd met de huisarts samen als de huisarts ook als consultatie-bureau-arts werkzaam is. Het gaat hier om samenwerking buiten de (vanzelfsprekende) samenwerking op het consultatiebureau.

Wanneer in een gezondheidscentrum de werkgebieden voor huisarts en wijkverpleegkundige gelijk zijn, is de huisarts vaker ook consultatiebureau-arts (Boerma en Hamers, 1984). Hiermee is een belangrijke structurele voorwaarde gegeven om preventieve en curatieve taken van huisarts en wijkverpleegkundige te integreren. Crebolder (1977) vermeldt grote tevredenheid over dergelijke samenwerking van huisarts/consultatiebureau-arts en wijkverpleegkundige.

4. GEBRUIK VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG

Onderzoek dat zich expliciet richt op de behoefte aan thuisverpleging of aan wijkverpleegkundige zorg is erg schaars.

Eén van de uitzonderingen vormt het al eerder genoemde ITS-onderzoek (Kn timer e.a., 1975). In dit onderzoek werd aan 994 patiënten/cliënten van wijkverpleegkundigen gevraagd welke hulp zij nodig hadden. De patiënten waren over vier zorgcategor iëen gelijkelij k verdeeld: algemeen verpleegkundige zorg, kinderhygiëne, bejaardenzorg en specifieke zorg. De ingewikkelde manier van analyseren (men werkt met percentages overeenstemming tussen huisarts en patiënt, tussen huisarts en wijkverpleegkundige en tussen wijkverpleegkundige en patiënt), maakt het lastig om uit de tabellen af te leiden wat de patiënt als behoefte heeft geformuleerd.

Met betrekking tot de behoefte aan verpleging en verzorging blijkt uit dit onderzoek dat vooral de patiënten in algemeen verpleegkundige zorg hulp nodig hebben bij de algemeen dagelij kse levensverrichtingen (A.D.L.), zoals zich wassen, aan- en uitkleden en toilet-handelingen. Bij de patiënten in bejaardenzorg en in specifieke zorg is deze hulpvraag ook aanwezig, maar in mindere mate. Bij de kinderhygiëne doen zich ten aanzien van deze aspecten niet of nauwelij k problemen voor. Wijkverpleegkundigen en patiënten hebben een grotere overeenstemming over de hulpbehoefte in het kader van de ADL-functies dan huisartsen en patiënten.

Wat betreft de behoefte aan begeleiding is er in de kinderhygiëne vooral vraag naar begeleiding bij het grootbrengen van kinderen. Het

gaat daarbij meer om de verzorging van de kinderen dan om de opvoeding.

Met betrekking tot de psychosociale hulpverlening komen bij de patiënten uit de andere zorgcategorieën de volgende problemen het meest frequent naar voren: problemen op het gebied van school en werk, de verwerking van een sterfgeval, het opvolgen van medische voorschriften, problemen met betrekking tot het huishouden en psychische problemen.

Huisartsen en wijkverpleegkundigen verschillen van patiënten over de behoefte aan hulp bij psychosociale problemen: huisartsen en wijkverpleegkundigen signaleren op dit gebied meer behoeften aan hulp dan de patiënten zelf.

Ook in eerder ITS-onderzoek onder 1.289 leden van de Kruisvereniging (Scheffer, Knapen en Hutjes, 1973) is aandacht besteed aan de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Vijf en dertig procent van de ondervraagde leden had de afgelopen vijf jaar wel eens behoefte aan hulp gehad, waarbij hulpbehoefte door de onderzoekers is gedefinieerd als langer dan een week thuis het bed moeten houden of om gezondheidsredenen, verpleging of verzorging nodig hebben. Tachtig procent van deze personen was tijdens die periode voortdurend bedlegerig. Vaak was er ook sprake van hulpbehoefte wat betreft de dagelijkse levensverrichtingen, met name het zich niet kunnen wassen of baden (46%), het zich niet kunnen aan- en uitkleden (38%) en het niet alleen naar toilet kunnen (32%). Daarnaast blijkt ook dat er in ongeveer eenderde van de gevallen sprake is van behoefte aan verpleegkundige behandeling. De hulpbehoefte bracht vooral problemen met het huishouden, met school of werk, en met de aanvaarding van ziekte of handicaps, met zich mee. Vier en twintig procent van hen kreeg daadwerkelijk wijkverpleegkundige hulp. De verleende zorg bestond vooral uit het geven van hulp bij de algemeen dagelijkse verrichtingen en uit verpleeg-technische handelingen.

In een onderzoek van Kauer-Graafmans (1984) naar zorgbehoeften van ouderen werden onder andere 40 bejaarden en hun wijkverpleegkundige geïnterviewd. Daarbij werd nagegaan of de zorgbehoefte aansloot bij het zorgaanbod, en of de patiënten zich in de meest ideale situatie bevonden. In 20 gevallen vond zowel de patiënt zelf als de wijkverpleegkundige dat het thuiswonen gecombineerd met wijkverpleegkundige zorg de meest ideale situatie was. Bij drie patiënten werd de situatie niet als ideaal beoordeeld; deze patiënten stonden op de wachtlijst voor een verzorgingstehuis. In 16 gevallen verschillen patiënten wijkverpleegkundige van mening. De patiënt vindt het de meest ideale situatie om thuis te blijven en daarbij meer hulp te krijgen,

bijvoorbeeld extra verpleegkundige zorg, fysiotherapie of nachtbewaking, of wil om financiële redenen niet naar een verzorgings- of verpleegtehuis. De wijkverpleegkundige daarentegen vindt dat de desbetreffende patiënt beter naar een verzorgings- of verpleegtehuis zou kunnen gaan, vanwege bijvoorbeeld dementie, sociale omstandigheden (weinig mantelzorg) of eenzaamheid.

In het onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam heeft Visser (1984) patiëntenverenigingen ondervraagd. Hieruit komt een aantal hulpbehoeften ten aanzien van de wijkverpleging naar voren. De categoriale patiëntenverenigingen (verenigingen rond een lichamelijke ziekte of handicap) brengen voornamelijk verpleegtechnische wensen naar voren.

Andere verenigingen benadrukken als taken voor de wijkverpleging het signaleren van problemen en het voeren van gesprekken. Onder andere werd dit naar voren gebracht door: vertegenwoordigers van ouderen, (ex-)psychiatrische patiënten, algemene patiëntenverenigingen, maar ook door de Parkinson patiëntenvereniging en de Vereniging van Stomapatiënten.

Tot slot wordt momenteel in opdracht van de Kruisverenigingen van Zeeland en Twente een onderzoek uitgevoerd naar behoeften aan wijkverpleegkundige zorg in die regio's. Het eindrapport zal in de loop van 1985 bij het NIVEL verschijnen.

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

In 1979 vond de overgang van het kruiswerk plaats van de 'zelfstandige financiering' naar de financiering via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De winstpunten van deze nieuwe financieringsvorm zijn volgens Graat (1981) dat er een einde wordt gemaakt aan de jaarlijks terugkerende financiële onzekerheden en dat het een wettelijke erkenning van de functie van het kruiswerk betekent.

aen van de fundamentele regelingen binnen de AWBZ-financiering is de omschrijving van het Basispakket Kruiswerk zoals dit in het Verstrekkingenbesluit is opgenomen. Het basispakket is in zeer globale termen omschreven: zowel de vorm van de zorg die wordt verleend als de omvang ervan moet in overeenstemming zijn met de wijze waarop Kruisorganisaties dat gewoonlijk plegen in te vullen. Het Verstrekkingenbesluit schrijft niet voor wat de wijkverpleegkundige wel of

niet mag doen en geeft ook geen richtlijnen voor de tijdsduur van behandelingen of bezoeken. In dit opzicht verschillen de richtlijnen voor wijkverpleegkundigen van die voor huisartsen: bij de huisartsen is de honorering afgestemd op de gemiddelde duur van een consult (Graat, 1981).

In het Besluit Erkenningsnormen (Kruisorganisaties) (1981) is vastgelegd aan welke voorwaarden de Kruisorganisaties dienen te voldoen om krachtens de AWBZ gefinancierd te worden. Deze voorwaarden hebben onder andere betrekking op de 24 uren-bereikbaarheid, de structuur van de kruisorganisaties, de bouw en outillage en de personele voorzieningen. Zo worden er bijvoorbeeld grenzen gesteld aan de hoeveelheid deeltijdarbeid. Voor hoofdwijkverpleegkundigen geldt dat zij een volledig of nagenoeg volledig dienstverband moeten hebben (uit de toelichting blijkt dat daaronder wordt verstaan: een werktijd van minimaal 32 uur of van vier dagen per week). Voor wijkverpleegkundigen geldt een minimum dienstverband van 20 uur. Verder dient per basiseenheid minimaal tweederde van de wijkverpleegkundigen en de helft van de wijkziekenverzorgenden een volledig of nagenoeg volledig dienstverband te hebben. Als motivering van deze beperkingen wordt genoemd: continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening (in het geval van de hoofdwijkverpleegkundige) en het op peil houden van de beroepsvaardigheid en de noodzakelijke continuïteit in de hulpverlening in het geval van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Ondanks het feit dat het kruiswerk tegenwoordig door de AWBZ wordt gefinancierd, moet men nog steeds lid zijn van een kruisvereniging om van de diensten gebruik te kunnen maken. Niet-leden moeten extra entreegeld betalen als ze een beroep doen op wijkverpleegkundige zorg. De hoogte van dit entreebedrag was in 1984 f 57,=.

De contributie voor de leden varieerde in 1984 tussen de 40 en de 50 gulden per jaar (Kn timer en Puts, 1984). Hiervan moest f 38,50 door de Kruisverenigingen aan het fonds AWBZ worden afgedragen.

In 1985 is ongeveer 23% van de bevolking lid van een kruisvereniging, volgens opgave van de Nationale Kruisvereniging. Bij het vaststellen van dit percentage worden alleen alleenstaanden en gezins-
hoofden als lid beschouwd. Een partner en eventuele kinderen zijn niet meegeteld, terwijl de betaalde contributie recht geeft op zorgverlening voor alle gezinsleden. In werkelijkheid is daarom het percentage van de bevolking dat op grond van een lidmaatschap een beroep kan doen op wijkverpleging, veel hoger.

Het bruto salaris van een wijkverpleegkundige bedraagt in 1985, afhankelijk van ervaring f 2.838,- tot f 3.378,- per maand. Een wijkzorgenverzorgende verdient f 2.085,- tot f 2.758,- bruto per maand (Bron: Nationale Kruisvereniging).

Naar de hierboven beschreven regelingen en financiering van het kruiswerk is tot nu toe geen onderzoek gedaan. Wel onderzochten Knapen en Puts (1984) waarom mensen het lidmaatschap van de Kruisvereniging hebben opgezegd en waarom anderen geen lid zijn. Daartoe werden in totaal 215 niet-leden en ex-leden van 13 lokale Kruisverenigingen geënquêteerd. Uit de resultaten komt naar voren dat opzegging van het lidmaatschap frequent geschiedt naar aanleiding van de volgende gebeurtenissen: verhuizingen, 'verweduwing' of echtscheiding en het 'uit de kleine kinderen' geraken. De belangrijkste reden om het lidmaatschap op te zeggen is de verwachting dat men voorlopig geen hulp van de Kruisorganisatie nodig zal hebben (34%) gevolgd door financiële redenen (29%). Van deze laatste groep zegt ongeveer eenderde het geld niet te kunnen missen.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De grote stilte rond het werk van wijkverpleegkundigen die intrad na de publicatie van de grote landelijke onderzoeken van het Instituut voor Toegepaste Sociologie in de jaren zeventig, begint plaats te maken voor een niet altijd even harmonieus georkestreerde stroom van onderzoeksgeluiden.

Een aantal van deze studies is nog niet afgerond of bevindt zich in het stadium van interne discussie over de resultaten. Wat dat betreft zal een overzichtsstudie in 1987 een geheel ander beeld te zien geven.

Kenmerkend voor de behoefte aan informatie over het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden is, dat op meerdere plaatsen (peilstations Nationale Kruisvereniging met behulp van het WAS-systeem, inventarisatie-onderzoek NIVEL, veel lokaal onderzoek) projecten zijn opgezet met het doel basisinformatie te verzamelen.

De eerste conclusie moet dan ook luiden, dat te weinig informatie beschikbaar is over simpele zaken als de ruimtelijke (regionale) verdeling van het volume aan wijkverpleegkundige zorg (uitgesplitst naar thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, etc.), over tijdbesteding van wijkverpleegkundigen en over de relatie tussen hulpbehoefte, hulp-

vraag en hulpaanbod in deze sector.

Een aspect uit de schaarse onderzoeksresultaten willen we nader belichten. Hoewel wijkverpleegkundigen een groot deel van hun tijd aan curatieve taken besteden (verpleegkundige handelingen, injecties geven, lichaamsverzorging) lijkt het erop dat wijkverpleegkundigen zelf vooral ook veel belang hechten aan preventieve en begeleidende taken, terwijl patiënten meer geneigd zijn de verpleegkundige hulp te benadrukken.

Het ziet er echter eerder naar uit dat de omvang van de curatieve taken toe zal nemen (bijvoorbeeld door de toenemende vergrijzing, doordat ouderen langer thuis blijven wonen en doordat patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden) waardoor de begeleidende en preventieve taken in de knel kunnen komen. De vraag is of de wijkverpleegkundigen zelf wel zo gelukkig zijn met een dergelijke ontwikkeling.

Voor het overige zijn de onderzoeksresultaten te fragmentarisch om duidelijke conclusies te trekken. Meer en groter opgezet onderzoek zal op dit gebied moeten worden verricht om de contouren van het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beter zichtbaar te maken.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

- Reeds gezegd is, dat allereerst basisinformatie op landelijke schaal dient te worden verzameld. Voor de constructie van rekenmodellen die bijvoorbeeld regionale verschillen in verwijscijfers, opnamecoëfficiënten en gemiddelde verpleegduur per opname willen verklaren, is een gegeven als het volume aan thuisverpleging per gemeente of regio van groot belang. Daartoe dient niet alleen een goede landelijke registratie van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in dienst van het kruiswerk tot stand te komen, maar ook dienen gegevens over de verdeling van de werktijd van wijkverpleegkundigen over de verschillende werksoorten precies bekend te zijn.
- Het belang van onderzoek naar de relatie tussen de hulpbehoefte en hulpaanbod behoeft geen nadere toelichting. Daarbij kan met name aandacht besteed worden aan een mogelijk verschil in waardering van curatieve en begeleidende taken tussen wijkverpleegkundigen en cliënten.
- Wellicht dat zulk onderzoek deel kan uitmaken van onderzoek waarin basisinformatie wordt verzameld over het werk van wijkverpleegkundigen, toegespitst op het vaststellen van de variatie in tijdsbesteding aan de verschillende onderscheiden taken. Ook de mening

van wijkverpleegkundigen zelf en de leiding van de plaatselijke organisatie over de optimale verhouding tussen de verschillende hoofdtaken - bijvoorbeeld in situaties waarin van deeltijdarbeid sprake is - is een relevant onderwerp van onderzoek.

- Het spreekt vanzelf dat onderzoek naar organisatorische vernieuwingen, de 24-uurs-bereikbaarheid pragmatisch gezien een hoge prioriteit heeft.
- Over de rol van de wijkverpleegkundige bij de nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten is nog weinig bekend. Onderzoek op dit gebied zal echter niet alleen gericht moeten zijn op de wijkverpleegkundige maar ook op het gehele samenspel tussen verpleeghuis, ziekenhuisverpleging, thuisverpleging, gezinsverzorging en de medische behandeling door specialist of huisarts.
- Aan de vraagzijde - de consumentenkant is de belangrijkste onderzoeksvraag die naar de operationalisering van de behoefte aan verpleegkundige zorg in de thuissituatie. Op dit vlak dient zeker nog begrips- en instrumentontwikkeling plaats te vinden, waarbij slechts zeer ten dele kan worden aangesloten bij onderzoek dat in ziekenhuizen is verricht.
- Een heel ander, maar niet minder belangwekkend consumentenaspect heeft te maken met de wijze waarop het kruiswerk is georganiseerd. De verenigingsvorm biedt a priori een aantal mogelijkheden voor patiëntenparticipatie, die bijvoorbeeld bij de in vrij beroep werkzame hulpverleners slechts moeizaam kunnen worden gerealiseerd.

Onderzoek, dat niet alleen de feitelijke participatie van patiëntenzijde meet maar ook de condities beziet, waaronder participatie kan worden geoptimaliseerd dient een duidelijk maatschappelijk belang.

Kort samengevat is de behoefte aan onderzoek te kenschetsen als een gecoördineerde verzameling van basisinformatie - het kruiswerk in Nederland in kaart gebracht.

In tweede instantie kunnen onderzoekers zich richten op het verklaren van de aangetroffen variatie.

LITERATUUR

- AMSTEL, R. VAN e.a. - 1976. De wijkverpleging in de Pijp. Een onderzoek naar de samenwerking van de wijkverpleging met andere hulpverleners. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Andragologie
- BAKKER-LENDERINK, A. - 1979. Met het nieuwe wijk-administratiesysteem: wijkverpleegkundige zal moeten leren beter te gaan plannen. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 7, no. 3, 12-14
- BAKKER-LENDERINK, A. - 1983. Ouderen in kruisorgaan en de gevolgen van groei en bezuinigingen: meer hulpverleners van hetzelfde of meer zorgverlening vanuit de kruisorganisatie om ouderen te helpen gezond te blijven? Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no. 9, 8-11
- BAKKER-LENDERINK, A. - 1985. Het waarom van de gegevensverstrekking. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 13, no. 7-8, 16-18
- BESLUIT ERKENNINGSNORMEN KRUISORGANISATIES - 1981. Nederlandse Staatscourant, no. 107, 8-11
- BESTEMAN, A., H. DRESMÉ en F. DE BOOM-VAN DUIN - 1984. Bij start 'grenzen' voor 24-uurszorg aangeven: een voorbeeld uit de praktijk: beschrijving van de eerste fase van een experiment in Zeeuwse basiseenheid. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 12, no. 5, 14-19
- BOERMA, W.G.W. - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra: onderzoek in het kader van het project "Registratie samenwerkingsverbanden", uitgevoerd van juli tot december 1981. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. en R.T.J. HAMERS - 1984. Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken: onderzoek in het kader van het project "Registratie Samenwerkingsverbanden", onderzoeksperiode, augustus 1982-januari 1983. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- BREMER, G.J. - 1976. "Weer thuis" - Een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten: redactionele bewerking van de rapportage van G.J. Bremer. Huisarts en Wetenschap, 19, 406-423

- BULTMAN, J. - 1979. Onderzoek naar de communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen met betrekking tot nazorg: samenvatting. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 7, no. 11, 38-39
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1978. Een verkennend statistisch onderzoek naar de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg in 1974. Rijswijk
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID - 1979. Rapport inzake kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (1974-1977). Rijswijk
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Dissertatie Nijmegen
- DROGENDIJK, C.A. - 1981. Ziekenhuis-wijkverpleging: een paar apart. Utrecht, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Afdeling Onderwijs
- DRIJVER, H. en F. VAN DER ESCH - 1981. De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem. Wageningen, Provinciale Kruisvereniging Gelderland, Vakgroep Gezondheidsleer en Vakgroep Voorlichtingskunde
- GRAAT, T. - 1981. AWBZ-financiering: 't is wel wennen!: een globale balans van enkele belangrijke facetten én perikelen als gevolg van de nieuwe financieringsvorm van het kruiswerk. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 9, no. 12, 4-9
- GRAAT, T. - 1984a. 24-uurszorgverlening steeds een stap verder: de 'praktijk' geeft het voorbeeld, maar wordt het geen tijd voor landelijke richtlijnen? 1984. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 12, no. 5, 6-9
- GRAAT, T. - 1984b. Echte 24-uurszorg stimuleert mantelzorg: een voorbeeld uit de praktijk: Tilburg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 12, no. 5, 30-33
- GROENEWEGEN, P.P. en L. HINGSTMAN - 1985. De eerstelijnskaart in kaart gebracht. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- HELMOND-DONDERS, T. VAN - 1985. De zorg te lijf met cijfers: mogelijkheden tot verbetering van het wijkadministratiesysteem (WAS) aan de hand van ervaringen uit de wijkverpleegkundige praktijk. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 13, no. 1, 10-13
- HULSHOF, A.H., J.F.B. GIESKES en M.J.M. KARDOL - 1984. Onderzoek naar tijdnormstelling en verpleegkundig gedrag in een verpleegafdeling van een verpleeghuis: eerste ronde. Enschede, Technische Hogeschool Twente

- ISG/VU (INSTITUUT VOOR SOCIALE GENEESKUNDE VAN DE VRIJE UNIVERSITEIT IN AMSTERDAM) - 1983. Verplegen met de handen op de rug: de (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no. 2, 4-19
- ISG/VU (INSTITUUT VOOR SOCIALE GENEESKUNDE VAN DE VRIJE UNIVERSITEIT IN AMSTERDAM) - 1983. Verplegen met de handen op de rug: de (on)mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg zoals ervaren door wijkverpleegkundigen. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no. 2, 4-19
- JONKERGOUW, P.H. - 1982. Vraag en aanbod in de wijkverpleging. Tilburg, Katholieke Hogeschool, afd. sociologie
- KAAIJ, P. VAN DE - 1975. De verpleegkundige nazorgdienst te Nijmegen: een evaluatief onderzoek. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- KAUER-GRAAFMANS, F.A. - 1984. Zorgbehoefte van ouderen. Enschede. Technische Hogeschool Twente
- KNAPEN, M. en P. PUTS - 1984. Van buitenaf bekeken: een onderzoek onder niet-leden en ex-leden van lokale kruisverenigingen. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER en J.M. HUTJES - 1975. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg: een onderzoek naar hulpbehoevendheid en hulpverlening in 1000 gevallen uit de wijkverpleging. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- MUSKENS, G.J. - 1985. Vernieuwing door GVO? Een onderzoek in de wijkverpleging. In: De eerstelijns onderzocht, red. W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1976. De wijkziekenverzorgende. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1979. Werkboek voor verpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1980. Dienst informatieverzorging: wijkadministratie-systeem, verpleegkundig methodisch handelen. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1983. Wij in de wijk: signalement van de functie van de wijkverpleegkundige. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1984. Meerjarenraming kruiswerk, 1985-1988, Bunnik
- PERSENEELSGEGEVENS VAN KRUISORGANISATIES, 1982 - 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 3, no. 6, 24
- PERSENEELSGEGEVENS VAN KRUISORGANISATIES, 1983 - 1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no. 6, 30-33

- ROOD-NIEUWLAND. A. en A.G.J. VAN BURINK-WITHAAR - 1981. Nazorg aan patiënten met hoofd- en halskanker. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, 531-535
- SCHEFFER, W.C.M., M.H.J.M. KNAPEN en J.M. HUTJES - 1973. Beeld en gebruik van kruisverenigingen. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- SCHEFFER, W.C.M. en CL. WOLDRINGH - 1975. Wijkverpleegkundige en geestelijke gezondheidszorg: verslag van een oriënterende studie ter voorbereiding van een samenwerkingsexperiment. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- SEELLEN, A.M.R., W.M. VAN ZUTPHEN en J.P.M. DIEDERIKS - 1985. Een rol voor de wijkverpleegkundige bij de interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Huisarts & Wetenschap, 28, 129-132.
- TJEBBES, J.A. - 1975. De theorie van de verpleegkunde naar aard en functie gedacht. Lochem. De Tijdstroom
- TJEBBES, J.A. - 1983. Wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende. In: Vademecum PF, november, muzio, 1-13
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Aanbod en behandeling van psychosociale problemen in een multidisciplinair team. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- VERSCHUREN, M. - 1985. Selectiecriteria voor nazorg. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap
- VISSER, G.J. - 1985. Eerste lijn in Rotterdam: een onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- WAS - 1985. Invoering in cijfers. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 13, no. 6, 9

5 Verloskunde

L. Hingstman en W.G.W. Boerma

1. INLEIDING	207
2. HET AANBOD AAN VERLOSKUNDIGE ZORG	207
2.1. Verschuivingen binnen de verloskundige 'markt'	207
2.2. De omvang, samenstelling en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen	209
2.3. De opleiding tot verloskundige	212
2.4. Verloskunde door huisartsen	213
2.5. Verloskunde door gynaecologen-obstetrici	215
3. TAKEN EN WERKWIJZE	216
3.1. De perinatale zorg door huisartsen en verloskundigen	216
3.2. Thuis of in het ziekenhuis bevallen	218
3.3. Samenwerking binnen de verloskundige zorg	222
4. GEBRUIK VAN VERLOSKUNDIGE ZORG	223
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	226
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	228
LITERATUUR	230

1. INLEIDING

De verloskundige zorg wordt in Nederland uitgeoefend door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen-obstetrici, en vindt voor een deel in de eerstelijns en voor een deel in de tweede lijn plaats. Verloskundigen en huisartsen leiden zowel thuis als in het ziekenhuis bevallingen. Het is dan ook moeilijk in de verloskundige zorg een duidelijke grens tussen eerste en tweede lijn te trekken, zodat in deze bijdrage de tweedelijnszorg ook zijdelings aan de orde komt.

Bij het bestuderen van de bronnen valt op dat er betrekkelijk veel gepubliceerd is over de voor- en nadelen en het al dan niet verantwoord zijn van het bevallen thuis of in het ziekenhuis.

Heel weinig onderzoek is er verricht naar de verloskundige taakuitoefening van huisartsen en minder nog naar die van verloskundigen.

De opbouw van dit hoofdstuk komt in grote lijnen overeen met die van de overige bijdragen in deze bundel. De bespreking van onderzoekingen betreffende de aanbodzijde, hoofdstuk 2, gaat eerst in op verschuivingen die de afgelopen decennia hebben plaatsgevonden op, wat genoemd zou kunnen worden, de verloskundige 'markt'. Vervolgens wordt gekeken naar de omvang, samenstelling en geografische spreiding van de beroepsgroep verloskundigen, en komt ook het aandeel van de huisartsen aan de orde. Tenslotte volgt ter completering een kort overzicht van de groei en spreiding van het aantal gynaecologen-obstetrici. Hoofdstuk 3 gaat over de taken en werkwijzen van verloskundigen en huisartsen. Dit brengt ons bij de talrijke studies naar aspecten van thuis- en ziekenhuisbevalling. Hoofdstuk 4 handelt over de vraag naar verloskundige zorg. In hoofdstuk 5 geven we een overzicht van de bestaande wettelijke en financiële regelingen betreffende verloskundige zorg. In het laatste hoofdstuk wordt een poging gedaan leemten op het gebied van onderzoek naar verloskunde aan te geven.

2. HET AANBOD AAN VERLOSKUNDIGE ZORG

2.1. Verschuivingen binnen de verloskundige 'markt'

Voor het leiden van een bevalling komen de volgende beroepsbeoefe-

naren in aanmerking: huisarts, verloskundige (vrijgevestigd of in dienst van een ziekenhuis) en gynaecoloog-obstetricus. Door de terugloop van het aantal geboorten in de laatste decennia is de verloskundige 'markt' aanzienlijk beperkt en veranderd. In 1960 werden in Nederland 242.407 kinderen geboren (VOMIL, 1981) en in 1980 is dit gedaald tot 182.499 (CBS, 1985). De meeste bevallingen in 1960 (46%) werden geleid door de huisarts. De verloskundige en de gynaecoloog-obstetricus deden respectievelijk 37% en 17% van de bevallingen. Twintig jaar later (1980) zien we dat het aandeel van de huisartsen sterk is teruggelopen van 46% naar bijna 16%. Daarentegen is het aandeel van gynaecologen-obstetrici sterk gestegen (van 17% naar 44%). Het aandeel van de verloskundigen steeg in de betrokken periode licht tot bijna 40% (Boerma, 1983a). Ook na 1980 zet deze lichte stijging door. Uit de meest recente cijfers blijkt dat in 1983 het aandeel van de verloskundigen 41,6% bedraagt (CBS, 1985). Met bovengenoemde verschuivingen hangt samen dat het percentage thuisbevallingen in de afgelopen decennia sterk is gedaald. In 1960 werd nog bijna driekwart van de kinderen thuis geboren. Momenteel geldt dat nog maar voor 35% van alle bevallingen (Boerma, 1983a; MIN. van VOMIL, 1981; CBS, 1985).

De ziekenhuisbevalling heeft dus aanzienlijk terrein gewonnen. Dit is voor een deel het gevolg van een sterke toename in het aantal poliklinische bevallingen. Bij een poliklinische bevalling vindt de geboorte in het ziekenhuis plaats en wordt het kraambed geheel of grotendeels thuis doorgebracht. Er bestaan echter geen duidelijk te interpreteren cijfers voor het aantal poliklinische bevallingen. De grens tussen klinisch en poliklinisch is namelijk tamelijk arbitrair. In de jaarenquêtes Ziekenhuizen van het NZI ligt de grens bij een opnameduur van 36 uur. Als dit criterium wordt gehanteerd dan zou in 1980 \pm 21% van de ziekenhuisbevallingen, poliklinisch van aard zijn. Dit is ongeveer 14% van alle bevallingen (Boerma, 1983a). Echter als de gegevens van de kraamzorg worden aangehouden dan is het percentage poliklinische bevallingen hoger. Hierbij geldt als criterium dat bij een poliklinische bevalling het kraambed geheel of gedeeltelijk thuis wordt doorgebracht. Op basis van deze kraamzorggegevens, die over een wat langere periode beschikbaar zijn, blijkt dat het aantal poliklinische bevallingen toegenomen is van 2,5% in 1970 tot 36% in 1983 (GHI, 1984). In het algemeen kan gesteld worden dat er over het aantal poliklinische bevallingen erg weinig gegevens voorhanden zijn en dat er weinig onderzoek op dit gebied gedaan is. Ook over het aandeel der verschillende beroepsgroepen in het aantal poliklinische bevallingen en de regionale spreiding hiervan ontbre-

ken de meest elementaire gegevens.

Ook is nauwelijks aandacht besteed aan de regionale spreiding van het aandeel der drie beroepsgroepen en het percentage thuisbevallingen. In publicaties van het CBS worden alleen gegevens per provincie gepresenteerd. Juist voor het zoeken naar oorzaken van regionale verschillen zouden gegevens ook op een lager regionaal aggregatieniveau beschikbaar moeten zijn (Gemeente, Economisch Geografische Gebieden e.d.). Wat regionale en plaatselijke verschillen in percentage thuisbevallingen betreft, blijkt er een duidelijk positief verband tussen urbanisatiegraad en hospitalisatie (Boerma, 1983a). In deze studie wordt echter niet verder ingegaan op de achtergronden van deze verschillen.

2.2. De omvang, samenstelling en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen

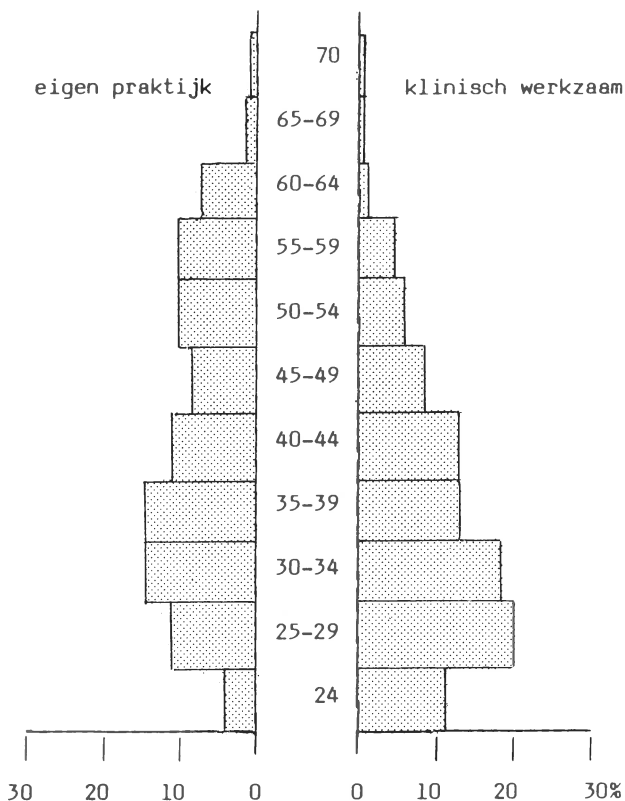
Over het aantal in Nederland praktizerende verloskundigen, de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep, de praktijkomvang, vestigingswijze en dergelijke, is lange tijd weinig bekend geweest (WVC, 1984). De laatste uitgebreide publicatie - gebaseerd op een enquête onder alle verloskundigen in Nederland - dateert van 1963 (GHI, 1963). Daarnaast zijn er de jaarlijkse cijfers van de Geneeskundige Hoofdinспекtie en het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarin alleen het aantal verloskundigen naar functie (eigen praktijk, klinisch werkend, assistente of waarneemster) wordt gepresenteerd. In de dissertatie van Klinkert (1980) wordt ook een aantal gegevens over de praktijkvorm, praktijkomvang en praktijkduur weergegeven. Deze gegevens zijn gebaseerd op een enquête onder bijna 300 praktizerende verloskundigen.

Met de totstandkoming van het registratieproject verloskundigen aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg is het aantal gegevens over de omvang, samenstelling en geografische spreiding van de beroepsgroep verloskundigen aanzienlijk toegenomen (Hingstman en Groenewegen, 1984). Over alle verloskundigen die werkzaam zijn geweest is een aantal gegevens verzameld (leeftijd, sexe, opleiding, werkadres, functie, vestigingsjaar, vestigingswijze, praktijkvorm, spreekuurpunten, werkgebied). Op basis van deze gegevens worden vanaf 1 januari 1984 jaarlijks statistische overzichten gepubliceerd (Hingstman, 1985a, 1985b).

Per 1 januari 1985 waren er in Nederland 931 praktizerende verloskundigen, bijna 2% hiervan is van het mannelijk geslacht. Het meren-

deel van de verloskundigen werkt in een eigen praktijk (69%). Bijna 16% werkt in dienstverband van een ziekenhuis, 4% is assistent(e) en 11% is waarnemer/waarneemster. De leeftijdsverdeling van de werkzame verloskundigen is tamelijk gelijkmatig; het grootste deel is tussen de 25 en 40 jaar (49%). Bijna 7% is ouder dan 60 jaar. Verder blijkt dat bij de klinisch werkende verloskundigen de gemiddelde leeftijd lager is dan onder de zelfstandig gevestigde verloskundigen (zie figuur 1). Het merendeel van deze laatste groep werkt solistisch (58%).

Figuur 1: leeftijdsverdeling van verloskundigen met eigen praktijk en klinisch werkzame verloskundigen op 1 januari 1985



Bron: Hingstman 1985b, p.53.

Het aantal verloskundigen dat de praktijk heeft neergelegd schommelt de laatste vijf jaar tussen de 25 en 36 (Hingstman, 1985b). Het merendeel hiervan (40%) stopt vanwege de leeftijd. Het aantal verloskundigen dat met een praktijk is gestart, stijgt de laatste jaren snel. In 1984 hebben 62 verloskundigen zich zelfstandig gevestigd. Verreweg het grootste deel van deze nieuw gevestigde verloskundigen begint in een associatie (50%). Bijna 32% begint een vrije vestiging en 18% heeft zich gevestigd via een overname.

Ten aanzien van de te verwachten ontwikkeling in het aantal verloskundigen is de Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg van belang (WVC, 1984). Gesteld wordt dat bij een gelijkblijvend aandeel van de verloskundigen (circa 40%) en rekening houdend met de norm van 165 bevallingen per verloskundige per jaar, het aantal arbeidsplaatsen voor verloskundigen in het jaar 2000 rond de 425 zal bedragen. Bij het gemiddeld aantal bevallingen van 90 per verloskundige per jaar in 1983 zullen er 940 verloskundigen in het jaar 2000 nodig zijn. Echter, als het streefgetal in de Nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983) wordt aangehouden, dat wil zeggen één verloskundige per 20.000 inwoners, zullen er in het jaar 2000 rond de 780 verloskundigen nodig zijn.

We kunnen constateren dat de opleidingscapaciteit aan de drie opleidingsinstituten (Amsterdam, Rotterdam en Heerlen) al jaren rond het niveau van zeventig eerstejaarsstudenten schommelt. Als ook het rendement gelijk blijft (nu is dat 67%, dat wil zeggen twee van de drie eerstejaarsstudenten halen het eindexamen) zullen er in de periode 1985-2000 ongeveer 700 verloskundigen bijkomen.

Over de verloskundigendichtheid en de geografische spreiding van verloskundigen is tot op heden weinig onderzoek verricht. Uit een studie van Hingstman en Groenewegen (1984) en van Hingstman (1985a, 1985b) blijkt dat aan het streefgetal (1 verloskundige per 20.000 inwoners) uit de Nota Eerstelijnsgezondheidszorg (WVC, 1983), nu reeds wordt voldaan; tenminste als alle werkzame verloskundigen (eigen praktijk, klinisch werkende, assistente of waarneemster) in de analyse worden betrokken. Indien alleen gekeken wordt naar de verloskundigen in eigen praktijk dan wordt er één verloskundige op 24.500 inwoners genoteerd. In deze studie wordt verder gesteld dat in verband met verschillen in leeftijds- en geslachtsverdeling van de bevolking het niet zinvol is het aantal verloskundigen te relateren aan de totale bevolkingsomvang, maar dat het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdscategorie (tussen 15 en 44 jaar) een betere vergelijkingsmaat is. Voor geheel Nederland bedraagt het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige (in eigen prak-

tijk) 5.600 (Hingstman en Groenewegen, 1984, p.25).

Gekeken naar de geografische spreiding van verloskundigen constateren Hingstman en Groenewegen (1984) en Hingstman (1985a) dat er tussen de provincies aanzienlijke verschillen bestaan in verloskundigendichtheid. Zeeland en Friesland kennen de laagste en Limburg en de IJsselmeerpolders de hoogste verloskundigendichtheid. Vooral in de dunner bevolkte provincies is de dichtheid het laagst. Op het platteland wordt derhalve ook het grootste aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige genoteerd. Aanzien niet in alle gebieden van Nederland verloskundigen praktizeren,² zijn in deze studie, om een reëel beeld te krijgen van de verloskundigendichtheid, spreidingskaarten gemaakt waarin alleen de werkgebieden van de verloskundigen zijn betrokken. Op basis van deze berekeningsmethode zijn er voor geheel Nederland bijna 4.800 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per zelfstandig gevestigde verloskundige.

Toch blijven er ten aanzien van de regionale spreiding van verloskundigen nog tal van vragen onbeantwoord. In hoeverre zijn factoren als situering van vroedvrouwscholen, afstand tussen woonplaats zwangere en het ziekenhuis, aantal klinisch werkende vroedvrouwen, aantallen huisartsen en gynaecologen-obstetrici, de vraag naar diensten van de vroedvrouw, en de inkomensverdeling van de Nederlandse bevolking van invloed op regionale variatie in verloskundigendichtheid.

2.3. De opleiding tot verloskundige

De opleiding die gegeven wordt aan de drie Kweekscholen (Amsterdam, Rotterdam en Heerlen), is zowel theoretisch als praktisch en duurt drie jaar (Gestel, Van Setten en De Wit, 1980). Het beroep van verloskundige behoort tot de medische beroepen en de opleiding ressorteert sinds 1974 onder het Hoger Beroeps Onderwijs. Gedurende de eerste twee leerjaren zijn theorie en praktijk evenredig verdeeld, in het derde leerjaar staat de praktijk voorop. Per jaar kunnen er totaal op de drie kweekscholen 70 leerlingen geplaatst worden. Het aantal aanmeldingen is veel groter, zodat middels loting en selectie maar een kleine groep geplaatst kan worden. Bijvoorbeeld voor het eerste jaar in Amsterdam hebben zich in 1983 iets meer dan 350 kandidaten aangemeld; terwijl er maar 21 kandidaten geplaatst kunnen worden.

Opvallend is dat de totale capaciteit op de drie kweekscholen reeds lange tijd op een zelfde niveau ligt (rond de 70). Er zijn geen dui-

delijke redenen aan te wijzen waarom, in tegenstelling tot talrijke andere Hogere Beroepsopleidingen, er nimmer een uitbreiding heeft plaatsgevonden van het aantal leerlingenplaatsen.

2.4. Verloskunde door huisartsen

We hebben reeds kunnen constateren dat de huisartsen in de afgelopen decennia een groot deel van de verloskundige 'markt' hebben verloren. Lange tijd is weinig bekend geweest over de verloskundige activiteiten van huisartsen. In 1977 enquêteerden drie medische studenten in hun onderzoeksstage 10% van de Nederlandse huisartsen over dit onderwerp (Huygen, Van Eijk en Voorn, 1979a). Circa 62% van de huisartsen bleek nog bevallingen te leiden. Vanwege de lage respons moet dit cijfer met enige voorzichtigheid gehanteerd worden. In ieder geval, zo stelt Huygen, "is de conclusie gerechtvaardigd dat in Nederland meer dan de helft van de huisartsen zelf nog bevallingen leidt" (Huygen e.a., 1979a, p.954). Uit dit onderzoek blijkt verder dat de huisartsen in 1977 gemiddeld 20 bevallingen per jaar deden. Bij dit cijfer plaatst Boerma (1983b) in zijn onderzoek naar de verloskundige zorg in groepspraktijken en gezondheidscentra enige vraagtekens. Hij stelt dat de huisartsen in 1977 rond de 35.000 bevallingen leidden. Als er vervolgens wordt uitgegaan van het feit dat van de 5.000 huisartsen rond de 60% een verloskundige praktijk heeft, dan zou dat betekenen dat de huisartsen gemiddeld 12 verlos-singen per jaar doen. Boerma twijfelt dan ook aan de representativiteit van genoemd onderzoek.

Andere conclusies uit het onderzoek van Huygen zijn, dat de jongere huisartsen relatief vaker een verloskundige praktijk uitoefenen dan oudere, dat huisartsen in associatiepraktijken verloskundig actiever zijn dan huisartsen in andere praktijkvormen, dat huisartsen met grotere praktijken vaker zelf bevallingen leiden dan huisartsen met een kleine praktijk en dat in praktijkgebieden waar geen verloskundigen werkzaam zijn nagenoeg alle huisartsen bevallingen leiden. Verder is aan huisartsen die niet meer verloskundig actief zijn gevraagd wat de reden hiervan was. Het meest werd genoemd; de te grote belasting, te weinig routine en de aanwezigheid van een vroedvrouw in het praktijkgebied (in deze volgorde). Van degenen die gestopt zijn zou 10% weer graag bevallingen willen doen en van degenen die nog steeds bevallingen leiden zou 16% hiermee willen stoppen. Het onderzoek naar de verloskundige zorg van huisartsen in Nederland van Boerma uit 1983 beperkt zich tot gezondheidscentra en groeps-

praktijken. Aan alle huisartsen in genoemde samenwerkingsverbanden zijn vragen gesteld over het al dan niet leiden van bevallingen, over het uitoefenen van andere pré- en postnatale taken, over verloskundige taakopvatting en over samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen. Deze zelfde vragen zijn, als vervolg op deze studie, een jaar later gesteld aan een steekproef van huisartsen, die niet in gezondheidscentra en groepspraktijken werkzaam zijn (Hamers en Boerma, 1985). Aangezien de resultaten uit het eerste onderzoek ter vergelijking ook in het tweede onderzoek terug komen, zullen we uit dat laatste onderzoek de belangrijkste resultaten presenteren.

Vergeleken met het onderzoek van Huygen in 1977 wordt een veel lager percentage gevonden van huisartsen die bevallingen leiden, namelijk circa 43%. Uitgesplitst naar praktijkvorm valt op het lage percentage huisartsen in gezondheidscentra dat bevallingen leidt (36%). Solisten hebben het hoogste percentage (46%). Verder blijkt dat de huisartsen gemiddeld ruim 19 bevallingen per jaar leiden, waarvan driekwart in de thuissituatie. Boven dit gemiddelde zitten huisartsen in duopraktijken (bijna 23) en solisten (bijna 21). Collegae in groepspraktijken (ruim 18) en gezondheidscentra (17) zitten beneden het gemiddelde.

Van de verloskundig praktizerende huisartsen wil ongeveer de helft meer bevallingen leiden dan nu het geval is. Voor huisartsen in gezondheidscentra geldt dat in sterkere mate dan voor andere huisartsen. Verder bleek de aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied van de huisarts van doorslaggevende invloed op diens verloskundig doen en laten. In gebieden waar géén verloskundige(n) gevestigd is (zijn) leiden vrijwel alle huisartsen bevallingen. Vandaar dat op het platteland relatief veel meer huisartsen bevallingen leiden (69%) dan in de steden (23%). In verband met het ziekenfondsbesluit uit 1941, waarin de verloskundige het primaat van de normale bevalling kreeg, constateren Hamers en Boerma dat huisartsen met meer particulier verzekerde patiënten in hun praktijk meer bevallingen leiden. Beide genoemde factoren, aanwezigheid van verloskundigen en in wat mindere mate het percentage particulier verzekerden, blijken in een regressie-analyse de belangrijkste indicatoren te zijn voor het voorspellen van het verloskundig praktizeren van huisartsen.

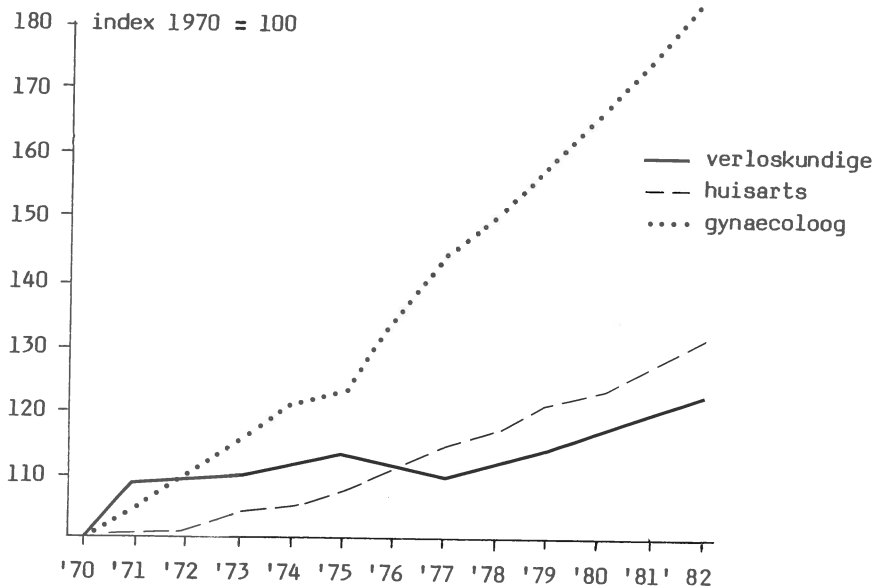
Tot slot van dit overzicht enkele opmerkingen over de meningen van huisartsen in opleiding over het al dan niet leiden van bevallingen. In een oriënterende enquête bij vijf groepen huisartsen in opleiding aan de Universiteit te Nijmegen bleek dat bijna 60% van deze groep van plan was na vestiging als huisarts zelf bevallingen te

leiden (Huygen e.a., 1979a). Verder werd geconstateerd dat men tijdens de opleiding gemiddeld 19 bevallingen geleid had. Van deze groep vond bijna de helft de praktische opleiding onvoldoende. Over de opleiding van huisartsen in de verloskunde komen de laatste jaren vele kritische geluiden (Verdenius, 1980). Zo zouden de artsen tijdens hun opleiding veel te weinig bevallingen doen. Van Alten (1981a) stelt dan ook dat als er geen verbetering komt in de opleiding op korte termijn, dit het einde zou betekenen van de praktische verloskunde door huisartsen.

2.5. De gynaecologen-obstetrici

In de afgelopen decennia is het aandeel van de gynaecologen-obstetrici in het totaal van de verlossingen het sterkst gestegen.

Figuur 2: aantallen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen-obstetrici van 1970-1982 (geïndexeerd: 1970 = 100)



(Bronnen GHI jaarverslagen en statistiek geneeskundigen
NHI Cijfers en Studies uit de Huisartsenregistratie)

Bijna 44% van alle bevallingen in Nederland in 1980 werd door gynae-

cologen-obstetrici geleid (Boerma, 1983a). De sterke toename van het aantal gynaecologen-obstetrici in de laatste 10 à 15 jaar (zeker ook vergeleken met de groei van het aantal huisartsen en verloskundigen) is hieraan niet vreemd (zie figuur 2).

Tussen 1970 en 1982 nam het aantal gynaecologen-obstetrici met bijna 66% toe. In 1982 waren er in Nederland 598 gynaecologen-obstetrici werkzaam (GHI, 1984).

Gekeken naar de regionale spreiding van gynaecologen-obstetrici blijkt dat Friesland en Drenthe relatief gezien het kleinste aantal gynaecologen-obstetrici hebben; dat wil zeggen 1 gynaecoloog-obstetricus op 32.000 inwoners (GHI, 1984). De gynaecologendichtheid is het hoogst in Utrecht en Noord-Holland, bijna 20.000 inwoners op één gynaecoloog-obstetricus.

3. TAKEN EN WERKWIJZE

3.1. De perinatale zorg door huisartsen en verloskundigen

Het beroep van verloskundige is een medisch beroep, waarvan de taken en bevoegdheden staan omschreven in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst. De hoofdtaak van de verloskundige is de fysiologische verloskunde, met daarnaast als belangrijke taak het onderkennen van pathologie (Roscam Abbing, 1983). We zullen nu in het kort beschrijven welke taken de huisarts - voor wat betreft de verloskundige zorg - en de verloskundige nog meer uitoefenen.

De verloskundige zorg door huisartsen en verloskundigen beslaat een periode van ruim negen maanden. Deze perinatale periode kan in drie fasen worden opgesplitst (Boerma, 1983a).

De eerste, de prenatale fase, start op het moment dat bijvoorbeeld de huisarts de zwangerschap vaststelt. Nagegaan wordt of er direct al omstandigheden zijn die een risico kunnen inhouden voor een normaal verloop van de zwangerschap. Wanneer dit het geval is (primair medische indicatie) neemt de specialist de begeleiding van de huisarts of van de verloskundige over. Worden in een later stadium afwijkingen vastgesteld die verwijzing noodzakelijk maken, dan spreekt men van secundair medische indicatie. Tijdens de prenatale periode wordt in de achtste maand, zij het niet algemeen, een medisch onderzoek gehouden. Vrouwen die door een verloskundige begeleid worden

zullen daarvoor naar hun huisarts gaan.

De bevalling, de tweede onderscheiden fase, kan thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden. Verwacht men toch complicaties dan vindt de bevalling op medische indicatie plaats in het ziekenhuis (meestal geleid door de gynaecoloog-obstetricus). Is er geen medische noodzaak voor een ziekenhuisbevalling dan heeft de zwangere vrouw de keus uit een poliklinische of een thuisbevalling. In beide gevallen wordt de bevalling geleid door degene die de prenatale begeleiding deed; de huisarts of de verloskundige.

In de postnatale periode speelt kraamverzorging een belangrijke rol. De kraamverzorging thuis duurt ten hoogste 10 dagen. De verloskundige/medische zorg na de bevalling wordt als regel gedaan door degene die de bevalling leidde. Hoewel de baby direct na de geboorte reeds aan een onderzoek wordt onderworpen, acht men het wenselijk dat 3 à 4 dagen na de geboorte alsnog een systematisch onderzoek plaatsvindt. Bij een thuisbevalling is de huisarts hiervoor de aangewezen persoon en bij een ziekenhuisbevalling doorgaans de kinderarts. Ook voor het afsluitend medisch onderzoek van de moeder ongeveer 6 weken na de bevalling zijn huisarts of gynaecoloog-obstetricus de aangewezen hulpverleners.

Naar de taakopvatting en werkwijze van verloskundigen en huisartsen is tamelijk weinig onderzoek gedaan. Voor wat betreft de beroepsgroep verloskundigen kan in dit verband alleen het proefschrift van Klinkert (1980) worden aangehaald. In dit onderzoek uit 1979 ligt vooral de nadruk op de relatie van de verloskundige met de huisarts en de gynaecoloog-obstetricus en de factoren die van invloed zijn op deze relatie. Voor dit onderzoek werden 312 verloskundigen door middel van een vragenlijst benaderd. De respons was volgens Klinkert vrij laag (62%), hetgeen volgens hem geen afbreuk deed aan de representativiteit van het onderzoek. Een van de conclusies uit dit onderzoek was dat een groot deel van de verloskundigen weinig contact had met de huisarts terwijl de contactfrequentie met de gynaecoloog-obstetricus in veel gevallen veel groter was. Overigens bleek dat een kwart van de verloskundigen graag meer contact met de huisarts wilde hebben, met name op het gebied van de sociale aspecten van de zwangere en de zwangerschap, en over het verwijsbeleid. Uit deze resultaten concludeert Klinkert dat de vrij gevestigde verloskundige tamelijk geïsoleerd werkt van de andere - voor haar en voor de zwangere vrouw - belangrijke eerstelijns-hulpverlener, de huisarts.

De verschillen in contactfrequentie met huisartsen en gynaecologen-obstetrici zouden grotendeels samenhangen met de taakverdeling. De

relatie met de gynaecoloog-obstetricus is gebaseerd op een duidelijke taakverdeling, waarbij door beide beroepsgroepen de ongelijkwaardigheid van kennis wordt erkend, een ongelijkwaardigheid die ten opzichte van de huisarts niet wordt ervaren.

De tevredenheid van de verloskundige bleek sterk samen te hangen met gevoelens van afhankelijk zijn van de huisarts, met de wens om meer bevallingen te doen en met het percentage huisartsen in haar omgeving met wie de verloskundige een goede samenwerking heeft.

Gegevens over de taakopvatting van huisartsen met betrekking tot de verloskunde zijn in het onderzoek van Huygen e.a. (1979b) te vinden. Hierin is aan de huisartsen gevraagd naar de visie op de taak van de huisarts in de verloskundige zorg. Uit de resultaten blijkt dat zowel huisartsen die bevallingen doen als zij die dat niet doen het er (geheel) over eens zijn dat de vroege diagnostiek van de zwangerschap en onderzoek van de pasgeborene tot de taken van de huisarts behoren. Er zijn echter duidelijke verschillen over beoordeling van de taak van de huisarts inzake prenataal onderzoek, het leiden van bevallingen en onderzoek door de vroedvrouw. Bijna 70% van de huisartsen die nog steeds bevallingen leidt, vindt dat de verloskunde een taak is van de huisarts, terwijl maar 27% van de huisartsen die geen bevallingen meer doen dat ook vinden.

Ook in het onderzoek van Hamers en Boerma (1985) is naar de taakopvatting van huisartsen gevraagd. Hierin blijkt dat één op de drie huisartsen het leiden van een bevalling geen taak vindt voor de huisarts of daar vraagtekens bij zet. Dit geldt vooral voor huisartsen die in een gezondheidscentrum werken. Ten aanzien van de pré- en postnatale zorg wijst het onderzoek uit dat het overgrote deel (80%) van de huisartsen de mening is toegedaan dat het onderzoek van de vrouw rond de 11^e week een huisartsentaak is. Iets minder dan tweederde van de huisartsen vindt het onderzoek van de moeder \pm 6 weken na de bevalling huisartsenwerk.

Bij een vergelijking van de opvattingen over genoemde taken en datgene wat huisartsen daarvan realiseren blijkt de taakopvatting ruimer dan de werkelijkheid. Ruim 60% vindt het leiden van bevallingen huisartsenwerk, terwijl maar 40% dit ook doet. Huisartsen die bevallingen leiden, vinden dit ook in sterkere mate een taak dan hun niet-verloskundig actieve collegae.

3.2. Thuis of in het ziekenhuis bevallen

Het onderzoek binnen de verloskundige zorg in Nederland heeft zich

in het afgelopen decennium vooral toegespitst op de problematiek rondom het thuis of in het ziekenhuis bevallen. Perinatale sterfte en (tegenwoordig) perinatale morbiditeit zijn de belangrijkste criteria.

Hoogendoorn deed onderzoek naar de relatie tussen de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling (Hoogendoorn, 1978). Op basis van gegevens in de periode 1952-1975 constateert Hoogendoorn een hoge negatieve correlatie tussen het percentage vrouwen dat in een ziekenhuis bevalt en de perinatale sterfte. Vooral bij die leeftijdscategorieën (25-35 jaar) waarvan de hospitalisatie tijdens de laatste decennia sterk is gestegen valt volgens Hoogendoorn een sterke daling van perinatale sterfte waar te nemen. Verder constateert hij dat in provincies met een hoge hospitalisatiegraad de perinatale sterfte in het algemeen veel lager is. Op basis van deze uitkomsten veronderstelt Hoogendoorn dat een verdere toeneming van de hospitalisatie van de barenden, vooral in provincies waar deze is achtergebleven, een verdere daling van de perinatale sterfte tot gevolg heeft. In deze studie wordt echter niet duidelijk of er sprake is van een causaal verband tussen hospitalisatiegraad en perinatale sterfte.

Kloosterman (1978) betwijfelt dit en wijst er op dat Nederland, met verreweg de laagste hospitalisatiegraad, vlak achter Zweden en Finland de laagste perinatale sterfte heeft, ver voor landen met vrijwel een volledige hospitalisatie. Aan de hand van gegevens uit een onderzoek van Treffers (1978) toont Kloosterman aan dat in alle steden met meer dan 100.000 inwoners de perinatale sterfte is gedaald, zowel in steden waarin de hospitalisatie was toegenomen als in steden waarin die was afgenomen. Kloosterman relativeert het belang van hospitalisering door er op te wijzen dat daling van de perinatale sterfte maar voor een betrekkelijk klein deel aan een betere natale zorg kan worden toegeschreven (Kloosterman, 1978).

Lievaart en De Jong (1982) hebben een onderzoek gedaan naar de morbiditeit bij pasgeborenen die door verloskundigen en gynaecologen-obstetrici ter wereld zijn gebracht. In totaal werden 85 kinderen geboren onder leiding van verloskundigen en 27 kinderen geboren onder leiding van de gynaecoloog-obstetricus. Zij kwamen in hun onderzoek tot de conclusie dat bij kinderen waarbij de verloskundige de bevalling leidde veel meer morbiditeit voorkwam dan bij de kinderen waarvan de geboorte door een gynaecoloog-obstetricus was geleid³. Treffers, Van Alten en Pel (1983) hebben veel kritiek op dit onderzoek, vooral op de gevolgde procedures. Een en ander zou er toe hebben geleid dat gevonden verschillen heel goed kunnen worden toege-

schreven aan technische factoren en aan de ongelijke wijze van het selecteren van de twee groepen kinderen.

De toenemende hospitalisatie is volgens Huygen e.a. (1979a) ook deels te wijten aan het feit dat door gynaecologen-obstetrisci in het ziekenhuis heel wat 'pathologie' wordt gecreëerd. Deze conclusie baseert hij op gegevens van het ziekenfonds in de regio Nijmegen waaruit bleek dat in de periode 1970-1978 ongeveer tweederde van de bevallingen van in Nijmegen wonende ziekenfondsleden op medische indicatie in een ziekenhuis plaatsvond, terwijl dit slechts het geval was bij ruim éénderde van de bevallingen van in andere plaatsen wonende verzekerden. Volgens Huygen e.a., moet er sprake zijn van on-eigenlijk gebruik van ziekenfondsgelden of wel van duidelijke overschatting van risico's.

In een onderzoek van Thomassen, Van Duijn en Sigling (1979) is in het kader van de verschillen tussen het verloskundig gebeuren bij thuis- en ziekenhuisbevallingen, aandacht besteed aan de aard en het optreden van complicaties. Uit een verzameling van 601 bevallingen in de periode 1959-1978, geleid door dezelfde huisarts werden via een matchingsprocedure 96 bevallingen geselecteerd (48 thuis en 48 in ziekenhuis). De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat thuisbevallingen minder vaak gepaard gaan met complicaties dan ziekenhuisbevallingen. Ten aanzien van de uitkomsten van dit onderzoek hebben van Ginkel en Bezemer (1980) hun twijfels. Zo zouden de verschillen tussen het aantal complicaties thuis en het aantal complicaties in het ziekenhuis voor een deel statistisch onjuist geïnterpreteerd zijn. Verder vrezen zij dat door de matchingsprocedure de representativiteit van de steekproef sterk heeft geleden.

Voorstanders van de mogelijkheid thuis te bevallen wijzen er op dat dit systeem staat of valt met een goede prenatale selectie van zwangeren (Kloosterman, 1978). Het uitgebreide onderzoek van Van Alten in het verloskundig centrum te Wormerveer heeft aangetoond dat voor de moeder bij wie door zorgvuldig prenataal onderzoek geen risicofactoren werden vastgesteld, de geboorte thuis of in de kraaminrichting niet onverantwoord is (Van Alten, 1978, 1981; Van Alten en Treffers, 1981).

Het selectiesysteem is een karakteristiek kenmerk van de Nederlandse verloskunde. Voor wat betreft de doeltreffendheid van dit selectiesysteem verwijzen we naar het proefschrift van Smits (1981). De belangrijkste conclusie hieruit is dat het huidige selectiesysteem niet volledig voldoet, omdat het niet consequent wordt toegepast. De schrijver pleit voor een verbetering van het huidige selectiesysteem

en stelt daartoe een indeling voor in vier (in plaats van twee) risicogroepen. Verder ondersteunt hij de vorming van gestructureerde en gereglementeerde samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen-obstetrici.

Ten aanzien van het systeem van selectie bestaan tegenstrijdige meningen. Zo is er een groep die vindt dat de selectie alleen in de eerstelijns moet plaatsvinden en een groep die bij die selectie ook de gynaecoloog-obstetricus wil inschakelen.

Door Bol, Van Meer-Tilanus, Bennen e.a. (1984) zijn beide werkwijzen met elkaar vergeleken. Daartoe werden groepen zwangeren, barenden en kraamvrouwen in het Verloskundig Centrum te Wormerveer vergeleken met die in het Centraal Ziekenhuis in Alkmaar. In Wormerveer wordt altijd de gynaecoloog-obstetricus bij de selectie betrokken, in Alkmaar niet. In beide groepen werd op basis van de verslaglegging van de verloskundige gegevens een registratie aangehouden. De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek luidt; de verloskundige resultaten, gemeten aan de perinatale sterfte, verschillen niet tussen beide groepen. Gemeten aan de in Alkmaar vastgestelde en in Wormerveer berekende lage percentages heropnamen van kinderen en kraamvrouwen, lijkt de poliklinische bevalling, uitgevoerd volgens een gereglementeerd systeem, een verantwoord medisch gegeven. Tot slot concluderen Bol e.a., dat de intentie waarmee een samenwerkingsverband in de verloskundige zorg wordt gerealiseerd belangrijker is voor het behalen van een goed resultaat dan de aard van het gevolgde systeem.

Tot slot van deze paragraaf aandacht voor een meer recente vergelijkende studie tussen thuis- en ziekenhuisbevallingen in de stad Groningen (Damstra-Wijmenga, 1982, 1983). Dit onderzoek is gebaseerd op gegevens uit een enquête onder 1.700 moeders in de gemeente Groningen die in het jaar 1981 een kind hebben gekregen. De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat bij de zwangere die thuis beviel de indicatie 'slecht vorderende partus' duidelijk minder vaak werd gesteld dan bij degenen die zich voor een (normale) bevalling in het ziekenhuis bevonden. Van de vrouwen die voor een thuisbevalling hadden gekozen werd bijna 30% aan de gynaecoloog-obstetricus overgedragen wegens genoemde indicatie, terwijl van degenen die gekozen hadden voor een poliklinische bevalling 43% en van degenen die voor een bevalling op een kraamafdeling gekozen hadden, 50% overgedragen werd. Ook op andere onderzochte punten bleken de thuisbevallingen met minder complicaties gepaard te gaan dan die in een ziekenhuis of kraaminrichting.

Naast deze onderzoeksgegevens zijn er vrij veel artikelen van meer beschouwende aard geschreven. Zo meent Bennebroek Gravenhorst (1977)

dat het proces van hospitalisatie een tendens is die we niet zullen keren. Verantwoordelijk hiervoor zijn de sociale factoren en invloeden uit andere landen. Ook Ramaekers (1974) en De Bruin (1973) en vooral Seelen (1973) pleiten voor een algemene hospitalisatie. De laatste merkte in dit verband op dat de centrale fout in de Nederlandse verloskundige voorziening is dat de selectie wordt verricht door de minst terzake kundigen en minst ervarenen met betrekking tot de verloskundige werkzaamheden. Argumenten tegen totale hospitalisatie zijn te vinden bij Kloosterman (1979), Huygen (1976) en Mastboom (1968).

Klinkert (1982b) die de resultaten van de discussies tussen voor- en tegenstanders op een rijtje zet, concludeert dat daarin argumenten worden aangedragen die soms door onderzoek onderbouwd worden, waardoor de andere partij evenwel niet wordt overtuigd. Noch de analyse van vele onderzoeken, noch het inventariseren van de beschouwingen leidt tot een duidelijke conclusie over de wijze waarop de verloskunde zich in de nabije toekomst zou moeten ontwikkelen. Klinkert merkt echter terecht op dat er ondertussen duidelijk sprake is van verdere hospitalisering van de bevalling. Hij vraagt zich dan ook af of deze veranderingen een autonoom proces vormen.

3.3. Samenwerking binnen de verloskundige zorg

Verbetering van de samenwerking tussen de bij de verloskundige zorg in ons land betrokkenen is reeds geruime tijd onderwerp van publicaties en discussie. In 1977 bracht de toenmalige Centrale Raad van de Volksgezondheid het 'Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg' uit. In dit advies wordt gewezen op het belang van een gestructureerde samenwerking bij het verlenen van verloskundige zorg tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen-obstetrici. Dit niet alleen om de continuïteit te waarborgen, maar ook om de kwaliteit te verhogen en het oneigenlijk gebruik van de medische indicatie terug te dringen. Naar aanleiding van bovengenoemd advies werd besloten tot het instellen van een Werkgroep Verloskundige Organisatie met als taak het uitwerken van de aanbevelingen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het verslag van de werkgroep dat in oktober 1979 verscheen (Sikkel, 1979) bevat aanbevelingen over criteria voor medische indicaties, samenwerking en het vastleggen van gegevens.

Verloskundige samenwerkingsverbanden zijn, uitgezonderd enkele lo-

cale initiatieven, nog geen veel voorkomend verschijnsel. Zij het dat er op landelijke schaal nauwelijks inzicht is, op welke plaatsen bepaalde vormen van samenwerking functioneren.

Een bekend lokaal initiatief tot verloskundige samenwerking is de 'Perinatale Werkgroep Hardenberg' (Hoogstra en Blok, 1982). De werkgroep, die op 1 januari 1975 begon te functioneren bestaat uit nagenoeg alle hulpverleners in de regio die te maken hebben met de medische-, de verloskundige-, de wijkverpleegkundige- en de kraamzorg. Uitgangspunt was dat er geen doublures of hiaten mogen zijn in hulpverlening aan zwangeren.

De schat aan gegevens die jaarlijks binnen de werkgroep wordt geregistreerd, is helaas nog nimmer geanalyseerd. Alleen in het jaarverslag worden enige gegevens opgenomen (Perinatale Werkgroep Hardenberg, 1977-1981, 1985). Hier is nog een braakliggend onderzoeksterrein, vooral daar waar het gaat om de vraag of verbetering van de perinatale zorg mede het gevolg is van samenwerking.

Het samenwerkingsverband in Hardenberg zal wellicht niet het enige zijn. Over andere initiatieven hebben we evenwel geen publicaties aangetroffen. In het onderzoek van Boerma (1983a) bij gezondheidscentra en groepspraktijken wordt zijdelings aandacht besteed aan overlegvormen tussen huisartsen en verloskundigen. Slechts 18% van de huisartsen voert regelmatig overleg met de verloskundige en 30% doet dat slechts incidenteel. Verder bleek dat bij eenderde van de gezondheidscentra en groepspraktijken er geen onderlinge afspraken bestaan over verloskundige zorg. Tenslotte was er in maar 10% van de samenwerkingsverbanden sprake van overleg tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen.

4. GEBRUIK VAN VERLOSKUNDIGE ZORG

Dit hoofdstuk gaat voornamelijk over onderzoeken waarin de mening van de zwangere vrouw centraal staat.

Reeds in 1972 deed Lapré onderzoek naar de voorkeur van vrouwen voor thuis of in het ziekenhuis bevallen. In dit onderzoek, onder een a-selecte steekproef van 400 pas bevallen vrouwen uit twee stedelijke en twee plattelandsgebieden, bleek dat 70% de voorkeur gaf aan een thuisbevalling, 19% aan een bevalling in het ziekenhuis en 9% aan een bevalling in een kraaminrichting. Achteraf meldt 95% van de thuis bevallen vrouwen een positieve ervaring, tegen slechts 77% van

degenen die in een ziekenhuis waren bevallen. In een studie van Schuil (1975) waarin vrouwen werden geïnterviewd over hun ervaringen bij de bevalling thuis, in het ziekenhuis en in een verloskundig centrum, bleek dat er maar weinig verschil in tevredenheid bestond. Wanneer echter gelet wordt op het oordeel over de sfeer tijdens de bevalling en het gevoel van veiligheid, dan blijkt dat het ziekenhuis minder positief beoordeeld wordt. Ook uit een onderzoek van Van Duyn (1977) bleek dat de bevalling in het ziekenhuis anders wordt ervaren dan een bevalling thuis. Ten aanzien van alle in dat onderzoek betrokken belevingsaspecten werd de thuisbevalling in het algemeen positiever gewaardeerd dan de bevalling in het ziekenhuis. Springer en Gill (1980) stellen de vraag of de zwangere vindt dat de huisarts voldoende bereid is de verloskunde tot zijn of haar taak te rekenen en/of dat de verloskundige de eerst aangewezen voor de normale verloskunde dient te zijn. Hiertoe maken de onderzoekers gebruik van gegevens uit een opinie-onderzoek van Lagendijk dat in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging in 1980 is gehouden. Volgens de onderzoekers wordt in het algemeen een iets sterkere voorkeur voor de huisarts uitgesproken dan voor de verloskundige (Springer, 1980; Springer en Gill, 1980).

Een onderzoek dat we iets uitgebreider willen bespreken is het reeds in paragraaf 3.2 aangehaalde onderzoek van Damstra-Wijmenga (1982) in de gemeente Groningen. Bijna 88% van de meer dan 1.900 ondervraagde vrouwen had in principe de keus waar ze wilden bevallen. De motieven voor een poliklinische bevalling (32% koos hiervoor) hadden grotendeels betrekking op de veiligheid die men daarvan verwachtte (73%); 10% koos dit alternatief op aanraden van de verloskundige; bij 9% gaf de woonsituatie de doorslag en 4% wilde geen rompslomp thuis. Ook bij de klinische bevalling (23% koos hiervoor) was het meest genoemde argument de veiligheid (62%); voor 20% was de rust en de algehele verzorging erg aantrekkelijk; voor 9% was de moeilijke woonsituatie de reden. Deze argumenten werden ook als belangrijkste genoemd in een te Wageningen ondernomen studie onder vrouwen die in het ziekenhuis bevallen (De Regt en Vrij-Standthardt, 1979). Voor de thuisbevalling werd eigenlijk maar één argument genoemd: de huiselijke vertrouwde omgeving, waar geen opgelegde regels gelden en waar men eigen baas blijft (89%). Gevraagd werd ook waar men een volgende keer zou willen bevallen. Hieruit blijkt dat vrouwen die voor een thuisbevalling hadden gekozen, 95% weer die keuze zou maken; van de 'poliklinische' bevallen vrouwen zou 67% het een volgende keer weer zo doen en van de vrouwen die in het ziekenhuis bevallen zou 66% dat weer doen.

Huygen (1985) onderzocht de ervaringen en belevingen van vrouwen die thuis of in een academisch ziekenhuis bevielen in Nijmegen bij een honderdtal eerstbarenden. Het onderzoek werd uitgevoerd door medische studenten in het kader van hun stage wetenschappelijk onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen die thuis bevielen vaker vonden dat normale bevallingen beter thuis konden plaatsvinden en dat zij het ziekenhuis minder veilig achtten. Verder blijkt dat veel vrouwen die in het ziekenhuis bevielen een volgende keer een andere plaats en (vooral) een ander persoon als begeleider zouden kiezen. Eveneens worden in dit onderzoek significante verschillen tussen de beide categorieën vrouwen waargenomen in de beleving van de zwangerschapscontroles. Huygen erkent evenwel de beperktheid van dit oriënterend onderzoek.

Sinds kort is er ook onderzoek gedaan naar de verloskundige zorg aan Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen (Doornbos en Nordbeck, 1985). In deze dissertatie onderzochten zij naast de perinatale sterfte ook de wensen omtrent het thuis of in het ziekenhuis bevallen. Uit het onderzoek blijkt dat de Turkse en Marokkaanse vrouwen liever thuis dan in het ziekenhuis bevallen. De oorzaken zoeken zij in eerste instantie bij de hechte familieband. Daarnaast is er sprake van een taalbarrière die niet uitnodigt buitenshuis te bevallen. Ook religieuze factoren spelen hierbij een rol. De Surinaamse vrouwen blijken volgens het onderzoek liever in het ziekenhuis te bevallen.

Tot slot kunnen we nog verwijzen naar de enquête van De Haan en Van Impe (1983) die op initiatief van de AVRO werd gehouden. Op een oproep om aan dit onderzoek mee te werken reageerden meer dan 7.500 vrouwen. Hiervan kregen er 2.500 een enquêteformulier. De respons bedroeg 77%. Vanzelfsprekend moet dit onderzoek niet als representatief worden beschouwd. De uitkomsten geven echter een kleurrijk beeld hoe de 'consument' over tal van aspecten van de verloskundige zorg denkt.

De meeste vrouwen blijken hun zwangerschap weliswaar positief te waarderen, maar tegelijkertijd ook minder enthousiaste gevoelens en negatieve ervaringen te hebben. Verder lezen we er uit dat er een aanzienlijke keuzevrijheid bestaat om de begeleiding van zwangerschap en baring naar eigen voorkeur te laten plaatsvinden. In de derde plaats is het duidelijk dat voor de begeleiding van de zwangerschap niet alleen om deskundigheid wordt gevraagd maar ook in hoge mate naar emotionele steun, medemenselijke betrokkenheid en persoonlijke begeleiding. Dit houdt, zoals Kloosterman in zijn voor-

woord bij dit onderzoek stelt, een waarschuwing in tegen massificatie, tegen het streven om alle aanstaande moeders in slechts enkele regionale centra bijeen te brengen.

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

De uitoefening van het beroep verloskundige staat omschreven in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst uit 1865 en de daarop betrekking hebbende wijzigingen en uitvoeringsbesluiten. De totstandkoming van deze wet en de rol die de verloskundigen en de artsen daarin speelden staan uitgebreid beschreven in het onderzoek van Klinkert (1980). Hij concludeerde dat de verloskundige geen enkele invloed heeft gehad of zelfs heeft trachten uit te oefenen op de totstandkoming van de Wet van 1865.

Een van de regelingen die als belangrijkste pijler wordt beschouwd voor het bestaan van de zelfstandig gevestigde verloskundige is het Ziekenfondsbesluit uit 1941. Hierin wordt de verloskundige het primaat voor de normale verloskunde verleend. Dit houdt in dat een ziekenfondsverzekerde die in het praktijkgebied van een verloskundige woont, voor de verloskundige begeleiding op deze hulpverlener is aangewezen, als een normale (fysiologische) zwangerschap en baring verwacht wordt. Wendt een verplicht verzekerde zich in een dergelijke situatie tot de huisarts dan blijft de vergoeding achterwege. Als een vrijwillig ziekenfondsverzekerde voor de huisarts kiest komt deze in aanmerking voor het verloskundigen-tarief. Het resterende verschil - honorarium van de huisarts is immers hoger - moet men zelf bijpassen (tenzij de huisarts met de lagere honorering genoegen neemt). Particuliere ziektekostenverzekeraars hanteren in veel gevallen ook een dergelijke regel.

Het Ziekenfondsbesluit uit 1941 wordt door veel huisartsen als 'discriminerend' beschouwd. Vanuit deze beroepsgroep worden dan ook talrijke pogingen ondernomen om deze regeling af te schaffen. Zo wordt in het Convenant, dat tussen de LHV en de overheid is gesloten aangaande het vestigingsbeleid van huisartsen, gezegd dat de Staatssecretaris aandacht zal besteden aan het gesignaleerde probleem inzake het niet bestaan van de vrije keuze tussen huisarts en verloskundige voor ziekenfondsverzekerden.

De honorering van de perinatale zorg door het ziekenfonds is ge-

splitst in 3 afzonderlijke componenten: één bedrag voor de zwangerschapsbegeleiding, één voor het leiden van de bevalling en één voor de begeleiding van het kraambed.

De opbouw van het honorarium van de verloskundige ziet er als volgt uit (tarieven per oktober 1984):

Perinatale zorg	5/15	} volledig f. 573,--
	f. 191,--	
Natale zorg	6/15	
	f. 229,20	
Postnatale zorg	4/15	
	f. 152,80	

Bron: Tijdschrift voor Verloskundigen, 1985, 1, p.21.

De huisarts ontvangt naast zijn normale abonnementshonorarium per bevalling f. 571,66.

Wanneer de zorg op een bepaald moment door een andere hulpverlener wordt overgenomen, dan komt dat in de honorering tot uiting. Bij verwijzingen vóór de 28^e week, ontvangt de verloskundige alleen de vergoeding voor de prenatale zorg. Na de 28^e week mag bij een verwijzing naar de specialist, het volledige honorarium in rekening worden gebracht. Bij het invullen van de declaraties zouden, volgens de Ziekenfondsen problemen zijn gerezen, die onder andere tot dubbel-declaraties hebben geleid (De Jonge, 1985). De Ziekenfondsraad stelt hiertoe een onderzoek in en heeft het advies uitgebracht dat, indien meer dan 30% van de declaraties dubbele betreft, de controle uitgebreid wordt. Voor de incidentele medische onderzoeken, zoals in het begin van de zwangerschap, in de 8^e maand, de controle van de baby ongeveer 3 dagen na de geboorte en het afsluitend onderzoek van de moeder, wordt de huisarts van ziekenfondswegen niet apart gehonoreerd. Dit wordt geacht begrepen te zijn in het abonnementshonorarium. In tegenstelling tot de thuisbevalling en de klinische bevalling op medische indicatie bestaat voor de poliklinische niet-medisch geïndiceerde bevalling (nog) geen verstrekking van het ziekenfonds. Verzekerden die voor deze mogelijkheid kiezen moeten een deel van de kosten zelf betalen (f. 150,- tot f. 200,-).

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Aan het eind van deze studie geven we een kort overzicht van de terreinen waarop tot op heden weinig onderzoek is gedaan.

Een van de meest in het oog springende leemten op het gebied van onderzoek naar de verloskundige zorg in Nederland betreft de beroepsgroep verloskundigen. Over de omvang en samenstelling van deze beroepsgroep zijn weliswaar sinds kort een aantal gegevens gepubliceerd, tal van aspecten zijn echter nog niet geanalyseerd, zoals bijvoorbeeld de vestigingswijze, reden praktijkbeëindiging, de groei van het aantal verloskundigen over een langere periode en dergelijke. Ook over de verloskundigen die jaarlijks de opleiding afronden zijn vrijwel geen gegevens voorhanden. Hoeveel zijn er werkloos, hoe lang duurt het voordat men zich zelfstandig vestigt, wat zijn de wensen ten aanzien van vrije vestiging of in dienstverband van ziekenhuis etcetera. Niet alleen over het aanbod maar ook over de praktijkvoering van verloskundigen ontbreken de meest elementaire gegevens. In dit verband kunnen we het verwijzen naar de specialist noemen, de contactfrequentie met de huisarts en specialisten, de taakopvattingen.

Een onderzoeksterrein waaraan eveneens weinig aandacht is besteed is de geografische spreiding van het verloskundig zorgaanbod. Er zijn gebieden in ons land waar nauwelijks thuisbevallingen plaatsvinden en er zijn gebieden waar veel meer dan gemiddeld thuis bevallen wordt. Zo zijn er ook regionale verschillen in het aandeel van de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen-obstetrici in het leiden van bevallingen. Door deze geografische verschillen te inventariseren en waar mogelijk te verklaren kan inzicht worden verkregen in de determinanten van de plaats van en leiding bij de bevalling. Deze inzichten kunnen gebruikt worden voor een beleid dat gericht is op het stimuleren van de rol van eerstelijns hulpverleners bij de bevalling en op het stimuleren van of het in stand houden van de thuisbevalling.

Andere aandachtspunten voor nader onderzoek zouden kunnen zijn:

- Onderzoek naar de perinatale morbiditeit.

Tot op heden heeft ter bepaling van de kwaliteit van de verloskundige zorg, vrijwel alleen de perinatale sterfte centraal gestaan. Echter ook de perinatale morbiditeit zou hierbij betrokken moeten worden.

- Onderzoek naar de samenwerking binnen de verloskundige zorg.
Er bestaat nauwelijks inzicht, op welke plaatsen bepaalde vormen van samenwerking functioneren. Naast deze inventarisatie zou ook gekeken kunnen worden naar de invloed van samenwerking op de perinatale sterfte en morbiditeit.
- De invloed van de consument.
In hoeverre heeft de zwangere vrouw invloed op het verwijsproces en hoe groot is haar invloed op de keuze tussen een thuis- of een poliklinische bevalling.
- De verloskundige zorg voor specifieke bevolkingscategorieën.
In hoeverre bestaan er tussen de verschillende bevolkingscategorieën met een eigen culturele achtergrond, verschillen in wensen aangaande de verloskundige zorg.
- Gegevens over poliklinische bevallingen.
Er bestaan geen eenduidige gegevens omtrent het aantal poliklinische bevallingen. Ook over het aandeel der verschillende beroepsgroepen en de regionale spreiding zijn geen gegevens bekend.
- Tot slot zou het wenselijk zijn dat het CBS bij de presentatie van gegevens over de leiding bij de bevalling een onderscheid zou maken tussen huisartsen en gynaecologen.

NOTEN

- 1) Voor het berekenen van het norminkomen van een verloskundige wordt er van uitgegaan dat de verloskundige gemiddeld 165 bevallingen per jaar doet. Het gemiddeld aantal geboorten per verloskundige blijkt in de praktijk overigens te verschillen.
- 2) In dun bevolkte gebieden van Nederland is het aantal bevallingen te gering om tot een redelijk inkomen te komen. In deze gebieden wordt de verloskundige zorg daarom veelal door huisartsen gedaan.
- 3) Het onderzoek vindt plaats aan de hand van de volgende twee criteria: de analyse van het zuur-base-evenwicht in de navelstrengarterie en het neurologisch onderzoek van de pasgeborene volgens Prechil.

LITERATUUR

- ALTEN, D. VAN - 1981. De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 125, no. 24, 949-952
- ALTEN, D. VAN en P.E. TREFFERS - 1981. Huisarts en verloskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 125, no. 1, 12-14
- ALTEN, D. VAN - 1977. Plaats van bevalling van de nullipara. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 4, 139-145
- ALTEN, D. VAN - 1978. Thuisgeboorten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 122, no. 32, 1178-1184
- BENNEBROEK GRAVENHORST, J. - 1977. Verloskunde een vakgebied in beweging. Leiden, Universitaire Pers
- BOERMA, W.G.W. - 1983a. Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken: onderzoek in het kader van het project 'Registratie Samenwerkingsverbanden' uitgevoerd van augustus 1982 tot januari 1983. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1983b. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact, 38, no. 32, 985-990
- BOL, J., C.A.R. VAN MEER-TILANUS, J. BENNEN en D. VAN ALTEN - 1984. De poliklinische bevalling en de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en specialist-obstetricus. Tijdschrift voor Verloskundigen, 9, no. 4, 129-137
- BRUIN, A.J.J. DE - 1973. De verloskundige organisatie in ons land: een samenvattend overzicht. Medisch Contact, 28, no. 22, 661-664
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1985. Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van geboorte. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no. 1, 44-49
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. - 1982. Veilig bevallen: een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. - 1983. Veilig bevallen: thuis of (poli) klinisch? Huisarts en Wetenschap, 26, no. 11, 403-406
- DIJK, H. - 1984. De uitverkoop van de thuisbevalling. Tijdschrift voor Verloskundigen, 9, no. 2, 50-55
- DOORNBOS, H., H.J. NORDBECK - 1985. Perinatale sterfte onder gezinnen van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse herkomst. Universiteit van Amsterdam. Dissertatie
- DUYN, F.L. VAN - 1977. Hoe bevalt het? Amsterdam, Vrije Universiteit, Instituut Huisartsgeneeskunde. Scriptie

- GHI (GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID) - 1963. Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland. 's-Gravenhage
- GHI (GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID) - 1983. Statistiek geneeskundigen per 1 januari 1982. Leidschendam
- GHI (GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID) - 1984. Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1983. Leidschendam
- GESTEL, A.P.M., P.H. VAN SETTEN en A. DE WIT - 1980. Vademedicum Perimedicum: een wegwijzer in het labrynt van beroepen rond de geneeskunde. Amsterdam/Utrecht, Elsevier
- GILL, K. - 1980. Huisarts en voortplanting: dat zal hem een zorg zijn? Huisarts en Wetenschap, 23, no. 11, 446-447
- GILL, K. - 1982. Het jaaronderzoek: verloskunde van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 2, 67-69
- GINKEL, F.C. VAN en P.D. BEZEMER - 1980. Bevalling, een natuurlijk gebeuren?: commentaar op een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen na normale zwangerschap. Medisch Contact, 35, no. 17, 527-528
- HAAN, H. DE en M. VAN IMPE - 1983. Hoe bevalt Nederland? Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum
- HAMERS, R. en W.G.W. BOERMA - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HINGSTMAN, L. - 1985a. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. 1984. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HINGSTMAN, L. - 1985b. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. 1985. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HINGSTMAN, L. - 1985c. Geografische spreiding van verloskundigen. In: De eerste lijn onderzocht, onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus, 175-184.
- HINGSTMAN, L. en P.P. GROENEWEGEN - 1984. De opbouw en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- HOOGENDOORN, D. - 1978. De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 122, no. 32, 1171-1178

- HOOGSTRA, M.J. en C. BLOK - 1982. Samenwerking rond zwangerschap en geboorte; een perinatale werkgroep. In: Hulpverleners in samenwerking, eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling, onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt. Alphen a/d Rijn, Samson, 5020-1 - 5020-14
- HUYGEN, F.J.A. - 1976. Home deliveries in Holland: Dutch maternity care and home confinements. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 26, 244-248
- HUYGEN, F.J.A. - 1981. De rol van de huisarts als gezinsarts. *Huisarts en Wetenschap*, 24, no. 4, 130-134
- HUYGEN, F.J.A. - 1985. De bijzondere kwaliteiten van de thuisbeveling. *Tijdschrift voor bejaarden-, kraam- en ziekenverzorging*, 18, no. 5, 138-141
- HUYGEN, F.J.A., J. VAN EIJK en Th. VOORN - 1979a. Huisarts en verloskunde in Nederland, I: Cijfers en meningen. *Medisch Contact*, 34, no. 29, 925-928
- HUYGEN, F.J.A., J. VAN EIJK, Th. VOORN - 1979b. Huisarts en verloskunde in Nederland, II: Een onderzoek bij huisartsen. *Medisch Contact*, 34, no. 30, 953-956
- JONGE, D. DE - 1985. Controle declaraties verloskundige hulp. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 10, no. 1, 15-23
- KLINKERT, J.J. - 1980. Verloskundigen en artsen: verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn, Stafleu
- KLINKERT, J.J. - 1982. Medicalisering van zwangerschap en beveling. *Metamedica*, 61, no. 2, 44-53
- KLINKERT, J.J. - 1982b. Vroedvrouw, huisarts en verloskunde. *Huisarts en Wetenschap*, 25, no. 6, 224-228
- KLOOSTERMAN, G.J. - 1978. De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 122, no. 32, 1161-1171
- KLOOSTERMAN, G.J. - 1979. Humane zwangerschap en geboorte. *Huisarts en Wetenschap*, 22, no. 6, 235-237
- KLOOSTERMAN, G.J. - 1982. De vroedvrouw in het verleden, heden en toekomst. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 7, no. 11, 381-389
- LAPRÉ, R.M. - 1972. Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland. Nijmegen, Dekker en Van de Vegt. Nijmegen. Dissertatie
- LIEVAART, M., P.A. DE JONG - 1982. Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynaecologists: a study of the system of obstetric care prevailing in the Netherlands. *American Journal of Obstetric & Gynaecology*, 144, 376-386

- MASTBOOM, J.L. - 1968. De toekomstige organisatie van de verloskunde in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde, 68, 369-405
- MINISTERIE VAN VOLSKGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1981. Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLSKGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983. Nota eerstelijnszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLSKGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Nota beroepskrachtenplanning gezondheidszorg: verkenning van de mogelijkheden. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- PWH (PERINATALE WERKGROEP HARDENBERG). Jaarverslagen 1977-1981. Hardenberg
- PWH (PERINATALE WERKGROEP HARDENBERG) - 1985. Lustrumsymposium: perinatale samenwerking, zo ja, waarom niet? Hardenberg
- RAMAEKERS, L.H.J. - 1974. Perinatale geneeskunde en het toekomstig welzijn: enige begrippen, vergelijkende cijfers, probleemstelling. Huisarts en Wetenschap, 17, no. 8, 281-288
- REGT, N.M. DE, en W.G. VRIJ-STANDTHARDT - 1979. Zorg rondom de poliklinische bevalling. Wageningen, Landbouws Hogeschool
- ROSCAM ABBING, E.W. (red.) - 1983. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema
- SCHUIL, P.M. - 1975. De cliënt in de verloskundige zorgverlening. Oldenzaal, Verhaag, Dissertatie
- SEELEN, J.C. - 1973. Totale hospitalisatie. Medisch Contact, 28, no. 22, 665
- SIKKEL, A. - 1979. De verloskundige organisatie in Nederland: verslag van de Werkgroep Verloskundige Organisatie. Leidschendam, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
- SMITS, F. - 1981. De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- SPRINGER, M.P. - 1980. Devaluatie taak huisarts bij verloskundige zorg. Medisch Contact, 35, no. 34, 1021-1025
- SPRINGER, M.P. en K. GILL - 1980. Tussen huisarts, verloskundige en overheid: consumenten beantwoorden vragen. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 12, 464-468
- THOMASSEN, J.F.M., F.L. VAN DUIJN en H.O. SIGLING - 1979. Bevalling, een natuurlijk gebeuren? II: een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen na normale zwangerschap. Medisch Contact, 34, no. 45, 1440-1444

- TREFFERS, P.E. - 1978. Regionale perinatale sterfte en regionale hospitalisatie bij de bevalling in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 122, no. 9, 291-295
- TREFFERS, P.E., D. VAN ALTEN en M. PEL - 1983. Een dikke onvoldoende uitgereikt aan de Nederlandse verloskundigen, vanuit Eindhoven. Tijdschrift voor Verloskundigen, 8, no. 1, 31-34
- VERDENIUS, W. - 1980. Verloskundige vaardigheden van toekomstige huisartsen. Medisch Contact, 35, no. 34, 1026-1031
- ZIEKENFONDSRAAD - 1982. Advies inzake verloskundige zorg. Amstelveen

6 Apotheke

P.P. Groenewegen

1. INLEIDING	237
2. HET AANBOD	237
2.1 Omvang en samenstelling van de beroepsgroep	237
2.2 Praktijkorganisatie	239
2.3 Opleiding	240
2.4 Apothekersassistenten	241
3. TAKEN EN WERKWIJZE	241
4. GEBRUIK VAN DIENSTEN VAN DE APOTHEKER	248
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	249
5.1 Vestigingsbeleid	250
5.2 Praktijkorganisatie en werkwijze	252
5.3 Honorering en inkomen	252
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	253
LITERATUUR	255

1. INLEIDING*

Deze bijdrage is gewijd aan het onderzoek dat de afgelopen jaren gedaan is naar apothekers en hun beroepsuitoefening. We volgen daarbij de indeling die ook in de overige hoofdstukken over afzonderlijke beroepsgroepen gehanteerd is. Dat betekent dat we beginnen met een hoofdstuk over de omvang en de samenstelling van de beroepsgroep. Vervolgens komen taken, taakopvatting en werkwijze aan de orde. Daarin zal relatief veel aandacht besteed worden aan onderzoek naar de samenwerking tussen openbare apothekers en huisartsen en de effecten van die samenwerking.

Omdat het geneesmiddelengebruik al aan de orde gesteld is in het onderdeel 'medische consumptie' in de bijdrage over de huisarts, is hier geen apart hoofdstuk over het gebruik van geneesmiddelen geschreven, maar wordt kort ingegaan op onderzoek naar de voorlichtende taak van de apotheker, gezien vanuit de patiënt.

Het laatste hoofdstuk is gewijd aan financiering en regelingen op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening. Op dit terrein is naar ons weten geen onderzoek verricht. We volstaan met het noemen van enkele regelingen.

2. HET AANBOD

2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep

Het aantal praktizerende apothekers (beherend apothekers, tweede apothekers en ziekenhuisapothekers) is de afgelopen twintig jaar gestegen van nog geen duizend tot meer dan 1.700, terwijl tegelijkertijd het aantal apotheekhoudende huisartsen van meer dan 1.400 daalde tot beneden de duizend (vergelijk de jaarlijkse afleveringen van het Statistisch Zakboek en van de Statistiek Geneeskundigen). Gedetailleerdere gegevens over de omvang en de samenstelling van de beroepsgroep zijn te vinden in het jaarlijks verschijnend 'Farmaceutisch jaaroverzicht in cijfers'. Aan deze gegevens kleeft evenwel de

* Met dank aan A.H.P. Paes van de Vakgroep Praktische Farmacie en Sociale Farmacie van de Rijksuniversiteit Utrecht voor zijn kritisch commentaar.

beperking dat ze uitsluitend betrekking hebben op de leden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)¹. Het ledenpercentage van de KNMP is echter zeer hoog. Een vergelijking van de cijfers in het Statistisch Zakboek 1984 (CBS, 1984) en het Farmaceutisch Jaaroverzicht 1984 in cijfers (Sloot, 1985) leert dat 96% van de beherend apothekers², 90% van de tweede apothekers en 99% van de ziekenhuisapothekers lid van de KNMP is. Het overzicht van de werkzaamheden van alle apothekers/leden der KNMP per 1 januari 1985 levert het volgende beeld op.

Tabel 1: overzicht van de werkzaamheden van de leden der KNMP per 1 januari 1985 in absolute aantallen en percentages van het totaal aantal leden, alsmede het percentage vrouwelijke apothekers per categorie

	aantal leden	aantal leden als percentage van het totaal	percentage vrouwelijke leden per categorie
beherend apothekers	1.070	44%	23%
tweede apothekers	315	13%	44%
ziekenhuisapothekers	219	9%	15%
industrie-apothekers	134	6%	16%
apothekers elders werkzaam	281	12%	28%
apothekers zonder functie	413	17%	43%
totaal	2.432	100%	29%

Bron: Sloot, 1985.

De grootste groep is die van de beherend apothekers; samen met de tweede apothekers vormen zij meer dan de helft van het totaal. Het percentage vrouwelijke apothekers is onder de ziekenhuisapothekers en de industrie-apothekers het laagst, terwijl het onder de tweede apothekers en de apothekers zonder functie het hoogst is.

Een deel van de apothekers zonder functie wordt gevormd door pas afgestudeerde, werkzoekende apothekers. Per april 1985 waren dat er 73.

De vestiging van nieuwe apotheken is geregeld in het privaatrechtelijke vestigingsbeleid van de KNMP (voor een beschrijving zie hoofdstuk 5). Dit vestigingsbeleid is niet bindend voor apothekers die geen lid van de beroepsorganisatie zijn. De vestigingen die buiten het vestigingsbeleid om tot stand komen worden meestal aangeduid als 'zwartvestigingen'. Iets minder dan de helft van de apotheekvestigingen in 1984 vond buiten het vestigingsbeleid om plaats (23 van de 54, Sloot, 1985, tabel V).

In het Statistisch Zakboek (CBS, 1984) is ook het aantal inwoners per apotheker weergegeven. Dat bedraagt ruim 8.300, uitgaande van de beherend apothekers, tweede apothekers en ziekenhuisapothekers. Als we ons beperken tot de eerstelijnsgezondheidszorg kan beter het aantal inwoners per openbare apotheek berekend worden. Dat bedraagt in 1984 ongeveer 12.700. Maar ook dit aantal geeft nog geen zuiver beeld van het patiëntenbestand van openbare apotheken, omdat een deel van de Nederlandse bevolking voor zijn geneesmiddelenvoorziening afhankelijk is van apotheekhoudende huisartsen. Het feitelijk patiëntenbestand van openbare apotheken is dus gemiddeld wat lager: ongeveer 9.500.

Vergeleken met de ons omringende landen is de apothekersdichtheid in Nederland zeer gering.

Onderzoek naar de determinanten van regionale verschillen in de apothekersdichtheid is niet verricht.

In de Nota Beroepskrachtenplanning (Ministerie van WVC, 1984) is een schatting gemaakt van de ontwikkeling van het aantal apothekers dat werkzaam is in openbare apotheken in het jaar 2000. Uitgaande van een geleidelijke daling van het aantal inwoners per apotheek en van het deel van de bevolking dat op apotheekhoudende huisartsen aangewezen is, verwacht men dat er in het jaar 2000 1.500 beherend apothekers en 500 tweede apothekers werkzaam zullen zijn in openbare apotheken (in paragraaf 3 van dit hoofdstuk zullen we ingaan op de ontwikkeling van het aantal afgestudeerden).

2.2. Praktijkorganisatie

Naar de vraag onder wat voor omstandigheden apothekers werken en wat de effecten daarvan op hun functioneren zijn, is geen onderzoek gedaan.

De volgende onderwerpen zijn onder het kopje praktijkorganisatie te

vatten:

- de arbeidsrechtelijke situatie waarin men het beroep uitoefent: als vrij beroepsbeoefenaar of in loondienst (ongeveer 70% werkt als vrij beroepsbeoefenaar, KNMP, 1979), al of niet als eigenaar van de apotheek, als beherend of als tweede apotheeker;
- het personeel van de apotheek;
- de uitrusting en inrichting van de apotheek;
- de regeling van de toegankelijkheid van de apotheek buiten de normale openingsuren;
- de integratie van de apotheek in gezondheidscentra.

Het zijn onderwerpen die alle - meer of minder gedetailleerd - geregeld zijn in het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst (1963). Dit besluit komt aan de orde in hoofdstuk 5 over financiering en regelingen.

Misschien is juist het feit dat er zoveel geregeld is op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening en de artsenijsbereidkunst wel een reden dat er nauwelijks onderzoek gedaan is. Men is immers al snel geneigd om onderzoek overbodig te achten op een gebied waar door formele regelgeving het aantal vrijheidsgraden zeer beperkt lijkt te zijn. Dat zo'n standpunt niet helemaal terecht is, blijkt uit het feit dat problemen met betrekking tot de toegankelijkheid van apotheken buiten de normale openingstijden nog weleens de pers halen.

2.3. Opleiding

De opleiding tot apotheker bestaat - voor de tweefasen-structuur - uit drie onderdelen. Een kandidaatsfase van tweeënhalf jaar, een doctoraal examen na het vijfde studiejaar en het apothekersexamen na het zesde studiejaar, gevolgd door de eed of gelofte (Sloot, 1980). De studie vond plaats aan een van de vier subfaculteiten Farmacie (van de Universiteit van Amsterdam, de RU Groningen, de RU Leiden en de RU Utrecht). De afgelopen jaren lag het aantal apothekersexamens op ongeveer 150 per jaar.

De herstructurering en taakverdeling van het wetenschappelijk onderwijs heeft ook van de farmacie zijn tol geëist. De subfaculteiten van Leiden en Amsterdam zullen opgeheven worden. Al in het studiejaar 1984/85 werden aan deze instellingen geen nieuwe eerstejaarsstudenten aangenomen. Het aantal eerstejaarsstudenten, dat in de tweede helft van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig nog rond 250 lag, is in 1985 gedaald tot beneden de tweehonderd. Bij een studierendement van 75% en onder de veronderstelling dat alle

studenten door kunnen gaan naar het tweede fase-onderwijs betekent dit dat er in het begin van de jaren negentig jaarlijks 150 apothekers afstuderen (Sloot, 1985).

De eerder genoemde Nota Beroepskrachtenplanning gaat uit van:

- een studierendement van 65%;
- beroeps participatie van 95% voor de mannen en 70% voor de vrouwen;
- aantal eerstejaars vanaf het studiejaar 1984/1985 van 200;
- doorstroom van 100 studenten naar de apothekersopleiding.

Gegeven deze veronderstellingen zal het aantal beschikbare apothekers in het jaar 2000 ruim boven het geschatte aantal arbeidsplaatsen liggen. Ook de KNMP (1979) komt na een vergelijking van de geschatte behoefte aan apothekers en het aantal afstuderenden tot de conclusie dat er een overschot aan apothekers zal zijn in de jaren negentig.

2.4. Apothekersassistenten

Het aantal apothekersassistenten dat werkzaam is in openbare apotheken en uitrekenbureaus, bedraagt ruim 6.900 (1 januari 1985). Bijna 98% van de apothekersassistenten is vrouw (Sloot, 1985). (Dat die verhouding wel anders geweest is blijkt uit een historisch onderzoek van Morée (1982) over de transformatie van het beroep van apothekersassistent in de periode 1865-1900).

Sloot schat het aantal apothekersassistenten in full-time arbeidsplaatsen op ruim 5.500 en schat bovendien dat er nog ongeveer 520 assistenten in apotheekhoudende huisartspraktijken werkzaam zijn. De doorstroming in het beroep van apothekersassistent - een doorstroming die in 'typische' vrouwenberoepen over het algemeen hoog is - lijkt de laatste jaren af te nemen. De economische situatie zal daaraan niet vreemd zijn met meer dan 700 geregistreerde werkloze apothekersassistenten. Door de geringere doorstroming stijgen de totale salarislasten - een verschijnsel dat zich ook in de verpleging voordoet.

3. TAKEN EN WERKWIJZE

De taken van de apotheker kunnen in drie groepen worden gerubriceerd:

- de bereiding en distributie van geneesmiddelen;
- consulent zijn voor (huis)arts en patiënt;
- algemene taken buiten de directe beroepsuitoefening (Sloot, 1980; Roscam Abbing, 1983).

Een deel van de traditionele taken van de apotheker - op het gebied der bereiding van geneesmiddelen en de chemisch-analytische controle van geneesmiddelen - is in de loop van de tijd overgenomen door anderen, met name de farmaceutische industrie. Dit heeft geleid tot onvrede met de professionele status van het apothekersberoep en tot het benadrukken van nieuwe taken van de apotheker.

Paes (1984) noemt in zijn artikel 'De nieuwe taken van de apotheker':

- nieuwe controletaken op het gebied van medicatiebewaking, therapiebewaking en kostenbewaking naast de traditionele taak van chemisch-analytische controle;
- farmacotherapeutische informatie en adviezen aan artsen;
- patiëntenvoorlichting.

De Commissie 2000 van de KNMP die in 1979 een rapport heeft uitgegeven onder de titel 'De apotheker nu en straks' over de gewenste ontwikkelingen in het apothekersberoep noemt, naast de algemeen maatschappelijke taken van apothekers, de volgende aspecten van de taak van de openbare apotheker:

- bereiden en afleveren van geneesmiddelen aan patiënten rechtstreeks en op recept;
- controle en onderzoek van geneesmiddelen;
- administratieve controle op het geneesmiddelengebruik van patiënten (medicatiebewaking);
- verstrekken van informatie over geneesmiddelen aan artsen;
- verstrekken van informatie over geneesmiddelen aan patiënten;
- opleiding en nascholing apothekersassistenten.

Onderzoek naar de opvattingen van apothekers over welke taken wel en welke niet des apothekers zijn en over de taakafbakening met andere hulpverleners (bijvoorbeeld op het terrein van de patiëntenvoorlichting), is nauwelijks verricht. Met betrekking tot de 'nieuwe' controletaken van de apotheker is door Paes (1984; zie ook Paes, 1982) aan een steekproef openbare apothekers de vraag voorgelegd in hoeverre zij deze taken noodzakelijk of wenselijk achten. Wat betreft de medicatiebewaking blijkt dat 19% van de ondervraagde apothekers dat een noodzakelijke taak vindt bij alle patiënten en 64% bij risicogroepen. Voor de therapiebewaking geldt dat 89% controle van de dosering noodzakelijk acht, 62% controle op interacties en 26% con-

trole op rationaliteit. De kostenbewaking wordt slechts door een klein deel van de apothekers als een noodzakelijke taak gezien (16% als het om de hoeveelheid gaat en 10% als het om de prijs van de voorgeschreven geneesmiddelen gaat).

Wat betreft de medicatiebewaking is in de jaren zeventig een aantal onderzoeken gedaan naar het vóórkomen van gevaarlijke combinaties van geneesmiddelen. In 1977 is daarover een serie artikelen gepubliceerd in het Pharmaceutisch Weekblad (over combinaties van benzodiazepine-derivaten, ongewenste combinaties met orale anti-coagulantia, interactie van geneesmiddelen met insuline en bloedsuikerverlagende middelen). In een artikel van Dolmans, De Bruin en Nelemans (1977) wordt ingegaan op de voorwaarden voor een goede taakuitoefening op het gebied van de medicatiebewaking. De arts dient een totaaloverzicht te hebben van wat hij aan de patiënt voorschrijft en de apotheker van wat hij aan de patiënt aflevert. Middelen daartoe zijn: consequente registratie door de huisarts van de voorgeschreven medicijnen op de patiëntenkaart, een geneesmiddelenpaspoort voor de patiënt, een registratie per patiënt van de afgeleverde medicijnen door de apotheker en vaste afspraken tussen artsen en apothekers.

Met betrekking tot de controle op samenstelling en kwaliteit van geneesmiddelen is door de Studiegroep Kwaliteitsbevordering (1980; zie hierover ook Bult, 1982) gewezen op de verschillende verantwoordelijkheid van de apotheker bij fabrieksmatig bereide geneesmiddelen en zelf bereide geneesmiddelen.

De tijd die apothekers in feite besteden aan de verschillende aspecten van hun taak, is nauwelijks onderzocht. Uit onderzoek van Van den Berg, Bult, Buurma e.a. (1982) in 25 apotheken in het Noorden van het land blijkt dat controlewerkzaamheden in het laboratorium in de helft van de gevallen niet meer dan een halve dag per week beslaan.

Wat betreft de bereiding van geneesmiddelen, stelt Sloot (1980) dat 15 à 20% van de geneesmiddelen in de apotheek zelf bereid wordt.

Over de mate waarin de nieuwe taken van de apotheker gestalte krijgen in de dagelijkse beroepsuitoefening, stelt Paes (1984) dat hier toe aan drie voorwaarden voldaan moet zijn.

De eerste voorwaarde is dat de taken geaccepteerd moeten zijn door de doelgroepen. Patiënten blijken tot nog toe vooral de arts als informatiebron over geneesmiddelen te zien (zie verder ook hoofdstuk 4), terwijl artsen wel een belangrijke taak voor de apotheker weggelegd zien. Er is hier overigens wel een verschil tussen het toekennen van taken en de feitelijke situatie. Van een hele lijst van mo-

gelijke informatiebronnen voor de huisarts komt de apotheker op de vierde à vijfde plaats na bijvoorbeeld het Geneesmiddelenbulletin en het Repertorium (vergelijk Paes en Blom, 1983). Op het punt van de consultatie en samenwerking tussen apothekers en huisartsen komen we hieronder nog terug.

De tweede voorwaarde is dat de taken binnen de beroepsgroep geaccepteerd moeten zijn. Uit de cijfers die we hierboven aangehaald hebben over de noodzaak van de nieuwe controletaken blijkt dat dat voor een groot deel het geval is.

De derde voorwaarde, tenslotte, is dat de nieuwe taken geïntegreerd moeten worden in de bestaande werkzaamheden. Aan dit laatste schort het nog volgens Paes.

Over de samenwerking tussen apothekers en huisartsen is - van beide kanten - relatief veel geschreven de afgelopen jaren³. We rubriceren de beschouwingen en onderzoeken in drie groepen: beschrijving van de samenwerkingscontacten en hun frequentie, beschrijving van enkele gestructureerde overlegvormen gericht op rationalisering van de geneesmiddelenkeuze en effecten van samenwerking en overleg.

Geregeld overleg tussen apothekers en huisartsen is niet meer weg te denken uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Uit een enquête van Wijkkel (1984) naar de samenwerkingscontacten van huisartsen in solopraktijken en associaties met andere hulpverleners blijkt dat in 1983 bijna de helft van deze huisartsen geregeld medicijnoverleg met een apotheker had. Dat is bij benadering evenveel als de groep die geregeld patiëntenoverleg heeft met bijvoorbeeld fysiotherapeuten of wijkverpleegkundigen. Wijkkel heeft ook gevraagd naar de situatie vijf jaar eerder. Toen had nog maar een kwart van de ondervraagden geregeld medicijnoverleg met een apotheker.

Paes (1982) heeft aan beide zijden van de samenwerkingsrelatie onderzoek gedaan, bij apothekers en huisartsen. Uit zijn onderzoek is de volgende tabel (zie volgende pagina) overgenomen.

Aan de huisartsen is ook gevraagd hoe zij hun prioriteiten stellen in de samenwerking met hulpverleners van verschillende disciplines. Voor apothekers is samenwerking met huisartsen de meest vanzelfsprekende optie; met andere eerstelijns-hulpverleners is de relatie immers veel minder direct. Huisartsen moeten echter prioriteiten stellen. Daarbij heeft samenwerking met wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie een hogere prioriteit dan samenwerking met apothekers (ofschoon deze prioriteitsstelling niet ondersteund wordt door de gegevens over het feitelijk overleg, zoals die door Wijkkel

Tabel 2: vormen van contact tussen apothekers en artsen

vorm van het contact	apothekers	artsen
vrijblijvend contact	29%	38%
gestructureerd contact	26	22
gestructureerd met afspraken	22	16
anders	1	-
geen	22	24
totaal	100%	100%

Bron: Paes, 1982

verzameld zijn).

Huisartsen en apothekers hebben een verschillend idee van de samenwerking, aldus nog steeds het onderzoek van Paes. Huisartsen hebben behoefte aan consultatiemogelijkheden en gerichte informatie die direct bruikbaar is (vandaar misschien hun voorkeur voor minder gestructureerd overleg). Apothekers zouden door het overleg invloed op het voorschrijfgedrag van de huisarts willen hebben en bijdragen aan een verbetering van de therapie. Voor apothekers is het overleg een mogelijkheid om inhoud aan hun werk te geven (28% van de ondervraagde apothekers noemt dat ook als reden voor het overleg).

Wittop Koning (1982) heeft verslag gedaan over samenwerkingsgroepen in Amsterdam op basis van een onderzoek onder Amsterdamse huisartsen. De activiteiten van de samenwerkingsgroepen hebben in doorsnee op de volgende onderwerpen betrekking: voorlichting aan de huisartsen over nieuwe geneesmiddelen, standaardisatie en rationalisatie van de receptuur, kostenbeperking, medicatiebewaking en nascholing. De meerderheid van de ondervraagde huisartsen heeft het idee dat de samenwerking met de apotheker doorwerkt in hun voorschrijfpatroon. De frequentie van het overleg is bij de meeste groepen eens per maand. Het initiatief tot het starten van overleggroepen is overwegend van de apothekers afkomstig.

Van huisartsenzijde is de noodzaak van samenwerking met apothekers benadrukt door Van der Does en Van de Poel (1984) en Van der Does, Van de Poel en Pannevis (1981). In het laatstgenoemde artikel is tevens een beschrijving van één samenwerkingsproject in Rotterdam gegeven. Een beschrijving van het samenwerkingsproject in Culemborg

geven Franssen en Deen (1980).

Door Deys-Trijssenaar en Deys (1978) is de samenwerking tussen apotheker en huisartsen in Rhenen beschreven. De situatie is daar - vergeleken met grootstedelijke situaties - erg overzichtelijk doordat alle huisartsen ter plaatse in één groepspraktijk samenwerken (over de kostenbesparing in Rhenen is gerapporteerd in het reeds genoemde artikel van Franssen en Deen (1980)). Het overleg tussen huisartsen en apotheker in Heerhugowaard is onlangs beschreven door Zwaan (1985). Interessant aan deze samenwerking is de inschakeling van de computer bij de medicatiebewaking.

Een veel beschreven gestructureerde samenwerking met als doel de rationalisering van de geneesmiddelenkeuze is de geneesmiddelencommissie in Hoogeveen die in 1974 opgericht is. Deze samenwerking tussen apothekers en huisartsen maakt deel uit van een bredere samenwerking binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn in Hoogeveen (vergelijk Swinkels en Dopheide, 1982). Het overleg in Hoogeveen heeft geleid tot lijsten van aanbevolen geneesmiddelen (een formularium). De werkwijze bij het totstandkomen van deze lijsten is beschreven door Abbink, Brouwer, Huygen e.a. (1977). Doel van de samenwerking is te komen tot uniformiteit in het voorschrijven binnen de waarneemgroepen van huisartsen, verhoging van de kwaliteit en verlaging van de kosten. Uit een evaluatie van de samenwerking door Reenders (1984) blijkt dat de huisartsen zich goed houden aan het formularium. Vergeleken met andere steden in Drenthe blijkt dat in Hoogeveen de verschillen tussen huisartsen in termen van aantal afleveringen en kosten van geneesmiddelen kleiner zijn, dat de totale kosten per verzekerde lager zijn en dat het aantal afleveringen en de kosten per aflevering gemiddeld lager zijn.

Voor we verder ingaan op de effecten van samenwerking willen we nog een initiatief bespreken dat tot doel heeft samenwerkingsverbanden als het hier besprokene te stimuleren en te institutionaliseren. We doelen op de voorstellen die in 1983 gedaan zijn door de staatssecretaris van WVC om te komen tot de instelling van Regionale Medisch-pharmaceutische Commissies. Bij dit initiatief zijn ook de beroepsorganisaties en ziekenfondsen betrokken (vergelijk voor een beschouwing Van Loenen, Brouwers, Vink-Stephen e.a., 1984).

In verschillende onderzoeken is aangetoond dat samenwerking met apothekers samengaat met lagere kosten voor geneesmiddelen. Op grond van het literatuuroverzicht van Toenders, Blom en Kuyvenhoven (1984) dat gewijd is aan verschillende factoren die het voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen beïnvloeden (kenmerken van patiënt, arts, praktijk en vestigingsplaats, maatregelen van overheid en

ziekenfondsen, samenwerking van artsen en apothekers), kan men stellen dat een zekere voorzichtigheid geboden is met een rechtstreekse en causale interpretatie van de samenhang tussen samenwerking met apothekers en lagere kosten. Een aantal van de onderzoeken heeft immers betrekking op lokale situaties die enerzijds hun eigen geschiedenis hebben en waarbij anderzijds geen rekening gehouden is met allerlei andere invloeden op het voorschrijven en de resulterende kosten (vergelijk de eerder genoemde publicaties van Abbink e.a., 1977; Swinkels en Dopheide, 1982; Franssen en Deen, 1980; Reenders, 1984). Opvallend is dat Haayer-Ruskamp (1984) in haar onderzoek naar het voorschrijven door een honderdtal huisartsen in Twente een negatieve invloed vond van de deelname aan besprekingen met apothekers op de kosten.

Door Kerkhoff, Van der Maas en Habbema (1984) is onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de kosten per verzekerde per ziekenfonds voor geneesmiddelen en verschillende beïnvloedingsmethoden van het voorschrijven. De kosten per verzekerde zijn daarbij gecorrigeerd voor het effect van de verschillen tussen ziekenfondsen wat de samenstelling van het verzekerdenbestand naar leeftijd en geslacht betreft en voor verschillen in stedelijkheid. Zij onderscheiden de volgende beïnvloedingsmethoden:

- geregeld overleg tussen huisartsen, apothekers en ziekenfonds;
- het toezenden door het ziekenfonds van zogenaamde statistiekbriefven (overzichten van verschillende aspecten van het voorschrijven van een huisarts in verhouding tot de andere huisartsen in het werkgebied);
- het opstellen van lijsten van aanbevolen geneesmiddelen;
- de individuele benadering door de medische dienst van het ziekenfonds van huisartsen met relatief hoge kosten.

De zeven ziekenfondsen met de hoogste en de zeven met de laagste afwijking tussen feitelijke en gecorrigeerde kosten voor geneesmiddelen per verzekerde zijn benaderd. Bij deze ziekenfondsen is geïnventariseerd welke van de bovengenoemde beïnvloedingsmethoden zij hanteren. Het belangrijkste verschil tussen de twee groepen fondsen is de aanwezigheid van geregeld overleg tussen huisartsen, apothekers en ziekenfondsen: waar dat aanwezig is zijn de kosten lager. Door Mertens en Koperberg (1982) is er overigens op gewezen dat bij de particuliere ziektekostenverzekeraars geen vergelijkbare belangstelling voor het beïnvloeden van het voorschrijfgedrag geconstateerd kan worden.

4. GEBRUIK VAN DIENSTEN VAN DE APOTHEKER

In het vorige hoofdstuk is als één van de taken van de apotheker de voorlichting aan patiënten genoemd. In dit hoofdstuk zullen enkele onderzoeken besproken worden, waarin de visie van patiënten op de voorlichtende taken van de apotheker beschreven is⁴. Voor een bespreking van onderzoek op het gebied van patiëntenvoorlichting in het algemeen verwijzen we naar hoofdstuk 3 van de bijdrage van Warmenhoven in deze bundel.

Door Buurma, Smits en Tijmstra (1982) is een schriftelijke enquête gehouden onder bewoners van een nieuwe stadswijk. In de wijk is één apotheker werkzaam, in nauwe samenwerking met het gezondheidscentrum dat ook in de wijk gevestigd is. De apotheker houdt regelmatig een spreekuur, waar men terecht kan met alle mogelijke vragen over geneesmiddelen. Het blijkt dat dit spreekuur slechts bij 40% van de respondenten bekend is. De geënquêteerden stellen, naar hun zeggen, ook bij het afhalen van geneesmiddelen maar weinig vragen aan de apotheker of de apothekersassistent(e). De ondervraagden denken zeer verschillend over de voorlichtende taak van de apotheker. In het algemeen heeft men een duidelijke voorkeur voor de arts als informatiebron, ook over geneesmiddelen. Het enige onderwerp waarover meer ondervraagden een apotheker zeggen te raadplegen dan een arts is de houdbaarheid van geneesmiddelen.

Deze uitkomst, die wijst op een grote voorkeur voor de huisarts als informatiebron over geneesmiddelen, is mogelijk beïnvloed door het feit dat in de vraagstelling geen onderscheid is gemaakt tussen de situatie bij geneesmiddelen op recept en die bij zelfmedicatie. Romijn, Versantvoort en Briedé (1982) stellen in een beschouwend artikel over de voorlichting door apothekers dat bij aflevering van medicijnen op recept de arts de eerstverantwoordelijke is voor de informatie over de werking van het medicijn, eventuele bijwerkingen, in acht te nemen leefregels etcetera. Bij aflevering zonder recept - zelfmedicatie - ligt de voorlichtende taak echter primair bij de apotheker.

Dit onderscheid in de vraagstelling is door Leufkens, Kraayeveld en Vierling (1985) wel gemaakt. Zij deden onderzoek onder 600 patiënten van twee apotheken. Bij geneesmiddelen op recept wordt de arts duidelijk als de belangrijkste informatiebron beschouwd, terwijl dat bij zelfmedicatie de bijsluiter en in mindere mate de apotheker zelf is. De voorkeur voor de apotheker als informatiebron hangt samen met de score op een schaal die de waardering van de apotheker als voor-

lichter meet en met de bekendheid met de apotheker.

Door Pieterse en Blom (1983) is onderzoek gedaan naar de interpretatie van de geneesmiddeleninstructie bij zes veel voorgeschreven medicamenten. Daaruit blijkt dat de gebruiksaanwijzingen niet altijd op dezelfde wijze geïnterpreteerd worden, dat een aantal schriftelijke instructies volgens patiënten voor verschillende uitleg vatbaar zijn en dat sommige instructies niet bekend zijn bij de patiënten of verkeerd begrepen zijn.

De patiënten bleken zich over het algemeen weinig te herinneren van informatie die door hun arts gegeven was; men herinnert zich vooral de schriftelijke informatie uit de apotheek. Er lijkt slechts weinig mondelinge informatie in de apotheek gegeven te worden. In een aantal gevallen zeggen patiënten instructies van hun arts gekregen te hebben die ofwel in de apotheek niet herhaald worden, danwel strijdig zijn met informatie die in de apotheek gegeven wordt.

De indruk die men uit het onderzoek krijgt is dat de voorlichtende taak van de apotheker niet erg 'leeft' bij het publiek. Daarnaast zou men kunnen concluderen dat afstemming en taakafbakening op het gebied van de voorlichting aan patiënten tussen huisartsen en apothekers een plaats zou moeten krijgen op de agenda van het samenwerkingsoverleg van huisartsen en apothekers.

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

Omtrent het werk van apothekers is veel geregeld, doch weinig onderzocht - we constateerden dat al eerder. Een uitzondering betreft het kostenaspect: de kosten voor geneesmiddelen per ziekenfondsverzekerde (vgl. Bertens en Samuels Brusse, 1980) dan wel per ziekenfonds (Van der Maas, Habbema, Van der Lee e.a., 1984). Uit dit laatste onderzoek komt nog eens het verschil in kosten per verzekerde naar voren tussen patiënten die hun geneesmiddelen van een apotheekhoudende huisarts en degenen die ze van een apotheker betrekken (vergelijk ook de Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad). De kosten per verzekerde zijn voor de eerstgenoemde categorie duidelijk lager. Voor een deel komt dit verschil voort uit een verschillende leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulaties, uit het voorschrijfgedrag van de huisartsen en uit de aanwezigheid van andere voorzieningen (medisch specialisten, ziekenhuizen) die van invloed zijn op de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen.

Wat betreft de bespreking van regelingen en wetten zullen we beginnen met een bespreking van de regelingen omtrent vestiging (het privaatrechtelijke vestigingsbeleid van de KNMP). Vervolgens bespreken we de regelingen op het gebied van praktijkorganisatie en werkwijze (van belang is hier het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst). We besluiten met de opbouw van de honorering en de hoogte van de inkomens van apothekers.

5.1. Vestigingsbeleid

Door de KNMP wordt een vestigingsbeleid gehanteerd (alleen bindend voor leden van de KNMP) dat betrekking heeft op de verplaatsing van apotheekvestigingen, de vestiging van nieuwe apotheken en de overname van bestaande apotheken⁵.

Voor vestiging van een nieuwe apotheek is altijd toestemming van het Hoofdbestuur (HB) van de KNMP nodig. Het HB bepaalt voor welke gebieden een aanvraaglijst of claimlijst ingesteld wordt. Een apotheker die zich wil vestigen kan zich op de aanvraaglijst voor een gebied laten plaatsen. De apotheker die als eerste op de lijst staat (in volgorde van binnenkomst) dient activiteiten te ontwikkelen om tot vestiging te komen. Over de toestemming tot vestiging wordt het HB geadviseerd door de Commissie Maatschappelijke Belangen die op zijn beurt de apothekers ter plaatse gehoord heeft. De belangrijkste voorwaarden voor toestemming tot vestiging zijn: de vestiging moet gewenst zijn in het belang van een goede geneesmiddelenvoorziening, de vestiging mag geen onredelijke schade toebrengen aan de belangen van in de nabijheid gevestigde leden en er moet een redelijk aantal potentiële patiënten (tussen 8.000 en 12.000) voor de nieuwe apotheek zijn.

Door de Werkgroep Farmacie Nederland (1981) is kritiek geleverd op het vestigingsbeleid van de KNMP. De werkgroep is voorstander van het werken van apothekers in dienstverband en van een wettelijke basis van het vestigingsbeleid. Op beide punten zullen we nader ingaan.

Wat betreft de kwestie van het dienstverband, is het beleid van de KNMP erop gericht dat de gevestigde apotheker tevens eigenaar is van de door hem beheerde apotheek, zij het dat het vestigingsbeleid in het geval van de vestiging van een apotheek in of bij een gezondheidscentrum de mogelijkheid biedt af te wijken van de normen voor het aantal zielen, de eigendom van de apotheek en de volgorde van de claimlijst (zie ook KNMP, 1979).

De mogelijkheden tot het aangaan van een dienstverband worden beperkt door de bepalingen in het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst. Artikel 15, lid 1 van dit Besluit luidt: "Het is apothekers verboden de artsenijbereidkunst in een apotheek uit te oefenen in dienst van, dan wel in maatschap of andere vorm van associatie met: 1. personen, die niet apotheker zijn en 2. instellingen, die niet instellingen van apothekers zijn". In lid 2 van artikel 15 wordt een aantal uitzonderingssituaties genoemd, waaronder het geval van "apothekers, die met toestemming van onze Minister de artsenijbereidkunst uitoefenen in dienst van een stichting tot exploitatie van een gezondheidscentrum" (Artikel 15, lid 2, sub f). In lid 3 wordt deze toestemming nog aan nadere voorwaarden gebonden. Dit betekent dat de keuze van de rechtsvorm van een gezondheidscentrum van invloed is op de mogelijkheden tot het in loondienst hebben van een apotheker (vgl. Gerritsen, 1983).

Wat de wettelijke regeling van het vestigingsbeleid betreft het volgende. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft in 1981 een wetsvoorstel aangekondigd voor de regeling van het vestigingsbeleid van apothekers en de positie van apotheekhoudende huisartsen. Op de feitelijke uitvoering van het vestigingsbeleid zou de KNMP een belangrijke invloed hebben. Mede gezien het aantal vestigingen dat de laatste jaren plaats vindt buiten het privaatrechtelijke vestigingsbeleid van de KNMP om, wordt de wenselijkheid van een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid door de beroepsorganisatie onderschreven. De Commissie Geelhoed heeft een wettelijk vestigingsbeleid echter ontraden, met als argumenten dat een publiekrechtelijke regeling geen volksgezondheidsbelang dient, omdat de bestaande privaatrechtelijke regeling en de economische zelfregulering voldoende zijn, en dat de regeling van de positie van apotheekhoudende huisartsen in strijd is met volksgezondheidsbelangen. In een commentaar hierop heeft de KNMP (1984) gesteld dat de zwarte vestigingen van apotheken leiden tot daling van de praktijkomvang van bestaande apotheken tot beneden de normomvang van 8.000 zielen, waar beneden kwalitatief verantwoorde geneesmiddelenvoorziening in gevaar komt. De andere kant van de medaille is dat het niet doorgaan van de regeling in het voordeel kan zijn van nieuwe apothekers die zich willen vestigen, omdat in de wettelijke regeling de verhouding apotheker-apotheekhoudende huisarts voor een aantal jaren bevroren zou worden (Van den Berg, 1984).

5.2. Praktijkorganisatie en werkwijze

Een aantal aspecten van de praktijkorganisatie en werkwijze van apothekers (en apotheekhoudende geneeskundigen) is geréégeld in het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst dat in werking getreden is in 1963.

Over het dienstverband van apothekers is in de vorige subparagraaf al het een en ander gezegd. Wat betreft de werkwijze van de apotheker en de medewerkers in de apotheek richt het Besluit zich vooral op de klassieke taak van bereiding en aflevering van geneesmiddelen en op de controle op de bereiding. De 'nieuwe taken' van de apotheker worden slechts zijdelings geraakt: medicatiebewaking door de verplichting aantekening te maken van herhalingsrecepten, consulent zijn voor de patiënt door de verplichte informatie (bijsluiters) bij de aflevering van farmaceutische specialités, preparaten in kleinverpakking en bij geneesmiddelen die bepaalde stoffen bevatten, contacten met de voorschrijvend arts in het geval van vermoeden van vergissing of onleesbaarheid van het recept.

In het Besluit worden inrichtingseisen gesteld aan de apotheek, bijvoorbeeld met betrekking tot de indeling van de ruimte.

De toegankelijkheid van de apotheek moet gegarandeerd zijn ook buiten de normale openingstijden, ofwel doordat er voldoende gelegenheid is om elders de noodzakelijke geneesmiddelen te verkrijgen (waarnemingsregeling), ofwel doordat in spoedeisende gevallen geneesmiddelen ook buiten de openingstijden van de apotheek verkregen kunnen worden.

5.3. Honorering en inkomen

Voor de honorering van apothekers moet een onderscheid worden gemaakt tussen de honorering van de geneesmiddelenvoorziening aan particuliere patiënten en aan ziekenfondsverzekerden.

De honorering voor ziekenfondspatiënten heeft - afgezien van de BTW - vier elementen (vgl. Jaarverslag van de Ziekenfondsraad over 1984):

1. abonnementshonorarium dat per ingeschreven verzekerde betaald wordt en bestaat uit het netto-honorarium (om de gedachten te bepalen: in 1983 f 12,22), apotheekkosten (in 1983 f 5,34) en pensioenbijdrage (in 1983 f 0,67);
2. vergoeding per aflevering, bestaande uit apotheekkosten (in 1983 f 2,92) en emballagevergoeding (in 1983 f 0,07);

3. risicotoeslag (f 7,07 in 1983) uitbetaald voor maximaal 5.000 ingeschreven verzekerden;
4. kosten van de genees- en verbandmiddelen (vergoeding tegen vastgestelde prijzen).

Voor de particuliere patiënten geldt voor farmaceutische specialité's de inkoopprijs van de apotheker plus een opslag, terwijl daar in het geval van grondstoffen en farmaceutische preparaten - afhankelijk van het recept - arbeids- of dispensatorhonorarium bijkomt.

Voor zowel ziekenfondshonorarium als particuliere tarieven is de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vereist.

De inkomens van apothekers zijn onderworpen aan de Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije-beroepsbeoefenaars. In 1983 was dat voor apothekers f 147.200.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

We hebben in deze bijdrage dezelfde indeling gehanteerd als die in de overige hoofdstukken over beroepsgroepen: een hoofdstuk over omvang en samenstelling van de beroepsgroep, een over taken, taakopvatting en werkwijze, een over apotheker en patiënt en een hoofdstuk over financiering en regelingen. We zullen onze conclusies per hoofdstuk bespreken.

Uit het hoofdstuk over omvang en samenstelling van de beroepsgroep blijkt dat statistische gegevens hierover jaarlijks gepubliceerd worden. Een leemte is dat gegevens over niet-leden van de KNMP in deze overzichten ontbreken. Gezien het hoge ledenpercentage van de KNMP was dit tot nog toe geen groot probleem. Indien door zwarte vestigingen het dekkingspercentage op den duur gaat dalen, wordt dit echter belangrijker. Over de geografische spreiding van apothekers is geen onderzoek verricht. Ook de praktijkorganisatie (eigendomsverhouding, vrij beroep-loondienst, hulp personeel, toegankelijkheid) en de eventuele invloed op het functioneren van de apotheek is niet onderzocht.

In het hoofdstuk over taken, taakopvatting en taakuitoefening is veel aandacht besteed aan de samenwerking tussen apothekers en huisartsen. Hoewel er over dit onderwerp vrij veel gepubliceerd is, lijkt nader onderzoek op dat terrein van belang. Het onderzoek heeft veelal het karakter van een casusbeschrijving. Hierdoor is het moei-

lijk om causale relaties tussen samenwerking en bijvoorbeeld het niveau van de kosten vast te leggen.

Wat betreft de vraagkant hebben we het onderzoek over medische consumptie buiten beschouwing gelaten, omdat dat elders in deze bundel al beschreven is. We hebben ons beperkt tot onderzoek naar de beleving van de voorlichtende taak van de apotheker door de patiënt. Uit het onderzoek blijkt dat de arts in de meeste gevallen de belangrijkste informatiebron is wat betreft medicijnen. Ook blijkt dat de informatie van arts en apotheker niet altijd even goed op elkaar aansluiten. Nader onderzoek naar de taakverdeling op dit gebied verdient overweging.

Wat betreft financiering en regeling van het beroep van apotheker is voor zover ons bekend geen onderzoek verricht. Het werk van apothekers is vrij gedetailleerd geregeld; hoe deze regelingen in de praktijk uitwerken is echter niet onderzocht.

NOTEN

1. In principe kunnen deze gegevens wel aangevuld worden met behulp van de 'Lijst van apothekers en apotheekhoudende geneeskundigen' van de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen, waarin ook de niet-KNMP-leden vermeld zijn.
2. Er is een verschil tussen het aantal beherend apothekers volgens het CBS (1.103 per 1 januari 1984) en het aantal openbare apotheken - al dan niet door leden der KNMP beheerd - volgens Sloot (1.131 per 31 december 1983).
3. Uit het aantal publicaties krijgt men de indruk dat de belangstelling voor dit onderwerp in de jaren zeventig groter was dan tegenwoordig.
4. Vaders en Taatgen (1984) rapporteren over een telefonische consumentenenquête naar aspecten van de relatie apotheker-patiënt. We zullen deze rapportage niet bespreken omdat de meest basale gegevens, zoals bijvoorbeeld het aantal ondervraagde consumenten, in hun rapport ontbreken.
5. De feitelijke gang van zaken bij vestiging en de punten waarop de

jonge apotheker bij vestiging moet letten is beschreven in Smits en Paes, 1983.

LITERATUUR

- ABBINK, C.A., H.A. BROUWER, R.F.C. HUYGEN, H.H. HARMSSEN en J.D. JANSEN - 1977. De commissie ter uniformering van receptuur te Hoo-geveen en omstreken. Huisarts en Wetenschap, 20 no. 11, 446-448
- BERG, P.B. VAN DEN, A. BULT, H. BUURMA en D.A.DOORNBOS - 1982. Be-reiding en controle van geneesmiddelen in de openbare apotheek. Pharmaceutisch Weekblad, 117, 1093-1097
- BERG, P. VAN DEN - 1984. Zwarte apotheken. Tijdschrift voor Gezond-heid en Politiek, 2, no. 3, 10-12
- BERTENS, A.M. en F. SAMUELS BRUSSE - 1980. Onderzoek geneesmiddelen-consumptie: eindverslag van een onderzoek naar het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in drie re-gio's. Leiden, Rijksuniversiteit
- BULT, A. - 1982. Analyse van de kwaliteit, kwaliteit van de analy-se. Pharmaceutisch Weekblad, 117, 237-243
- BUURMA, H., S. SMITS, Tj. TIJMSTRA - 1982. Voorlichting over genees-middelen: een onderzoek onder bewoners van een nieuwe stads-wijk. Pharmaceutisch Weekblad, 117, no. 40, 933-936
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984. Statistisch Zakboek 1984. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- DEYS-TRIJSSENAAR, J. en H.P. DEYS - 1978. Voorlichting aan de arts in de praktijk. Pharmaceutisch Weekblad, 113, 220-224
- DOES, E. VAN DER, G.Th. VAN DER POEL en M. PANNEVIS - 1981. Aspecten van de samenwerking huisarts-apotheker. Medisch Contact, 36, no. 18, 537-543
- DOES, E. VAN DER en G.Th. VAN DER POEL - 1984. Samenwerking huis-arts-apotheker. In: Het medisch jaar 1984. utrecht, Bohn, Schel-tema & Holkema, 93-104
- DOLMANS, J.M.E.V., H.J. DE BRUIN en F.A. NELEMANS - 1977. Samenwer-king (huis)arts-apotheker; medicatiebewaking-geneesmiddelenpas-poort. Pharmaceutisch Weekblad, 112, 960-967
- FRANSSSEN, L. en J.B.H. DEEN - 1980. Goed overleg tussen artsen en apothekers leidt tot beter en goedkoper voorschrijven. Inzet 4, no. 3, 6-10

- GERRITSEN, H.J. - 1983. De apotheker in loondienst van een wijkgezondheidscentrum: problemen en oplossingen. Pharmaceutisch Weekblad, 118, no. 18, 345-350
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. - 1984. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren. Groningen, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- KNMP (KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER PHARMACIE) - 1979. De apotheker nu en straks: eindrapport van de Commissie 2000. 's-Gravenhage
- KNMP (KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER PHARMACIE) - 1984. Commissie Geeldhoed ontraadt wettelijk vestigingsbeleid. Pharmaceutisch Weekblad, 119, no. 31, 711-714
- KERKHOFF, A.H.M., P.J. VAN DER MAAS en J.D.F. HABBEMA - 1984. Samenwerking tussen huisarts, apotheker en ziekenfonds: variatie op een bekend thema. Pharmaceutisch Weekblad, 119, no. 47, 1202-1205
- LEUFKENS, H.G.M., I. KRAAYEVELD en W.E.J. VIERLING - 1985. Aan welke informatiebronnen over geneesmiddelen geven patiënten de voorkeur? Pharmaceutisch Weekblad, 120, no. 6, 105-112
- LOENEN, A.C. VAN, J.R.B.J. BROUWERS, J.J. VINK-STEPHAN en M.F.J. BROEKHOFF - 1984. Regionale medisch-pharmaceutische commissies: alleen maar een intentie? Pharmaceutisch Weekblad, 119, no. 28, 609-612
- MAAS, P.J. VAN DER, J.D.F. HABBEMA, A.P.M. VAN DER LEE en J.Th.N. LUBBE - 1984. Kostenverschillen tussen ziekenfondsen: verslag van een vooronderzoek naar farmaceutische hulp en andere verstrekkingen. Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg
- MERTENS, P.B. en I.Ph.L. KOPERBERG - 1982. Verzekeringsvorm en 'voorschrijfgedrag'; invloed en beïnvloeding Pharmaceutisch Weekblad, 117, 809-818
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg: verkenning van de mogelijkheden. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MOREE, M. - 1982. Waarom de apothekers voor vrouwen kozen: de transformatie van het apothekersassistentenschap in de periode 1865-1900. In: Jaarboek voor vrouwengeschiedenis 1982: J. Blok, M. Elias, E. Kloek, e.a. (red). Nijmegen, SUN, 36-62
- PAES, A.H.P. - 1982. Samenwerking arts-apotheker. Pharmaceutisch Weekblad, 117, no. 49, 1163-1167

- PAES, A.H.P. en A.Th.G. BLOM - 1983. De huisarts en zijn informatiebronnen. Medisch Contact, 38, 1520-1521
- PAES, A.H.P. - 1984. De nieuwe taken van de apotheker: uitvoering en integratie. Pharmaceutisch Weekblad, 119, no. 13, 305-310
- PIETERSE, B.T.M.M. en A.Th.G. BLOM - 1983. Patiënteninformatie: een onderzoek naar de wijze waarop patiënten geneesmiddeleninstructies interpreteren. Pharmaceutisch Weekblad, 118, no. 38, 789-795
- REENDERS, K. - 1984. Samenwerking tussen huisartsen en apothekers: tien jaar overleg in de regio Hoogeveen geëvalueerd. Medisch Contact, 39, no. 24, 757-760
- ROSCAM ABBING, E.W. (red.) - 1983. Bouw en werking van de gezondheidszorg. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema
- ROMIJN, J.M., M.F.C. VERSANTVOORT en R.H. BRIEDÉ - 1982. Voorlichting over geneesmiddelen: informatie bij het afleveren. Pharmaceutisch Weekblad, 117, no. 23, 525-530
- SLOOT, H.A. - 1980. De plaats van de apotheker in de gezondheidszorg. In: Vademecum praktijkvoering medische beroepen: R.S. ten Cate, E.C. Koel, T. Landheer e.a. (red.). Alphen aan de Rijn, Samsom. M4240-I-M4240-16
- SMITS, J.A. en A.H.P. PAES - 1983. Bedrijfseconomische brancheschets van de Nederlandse apotheek. Vakgroep praktische farmacie en sociale farmacie, Rijksuniversiteit Utrecht
- SLOOT, H.A. - 1985. Farmaceutisch jaaroverzicht 1984 in cijfers. Pharmaceutisch Weekblad, 120, no. 24/25, 393-399
- STUDIEGROEP KWALITEITSBEVORDERING - 1980. De kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening in de openbare apotheek. Leidschendam, z.u.
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE - 1982. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen: inventarisatie van knelpunten. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- TOENDERS, W.G.M., A.Th.G. BLOM en M.M. KUYVENHOVEN - 1984. Het voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts: mogelijkheden tot beïnvloeding door de apotheker. Pharmaceutisch Weekblad, 119, no. 28, 612-619
- VADERS, W.A. en G.I. TAATGEN - 1984. Apotheekontwikkeling tweede helft van de jaren tachtig. Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken, 's-Gravenhage
- WFN (WERKGROEP FARMACIE NEDERLAND) - 1981. Een vestigingsbeleid voor apothekers. Utrecht

- WITTOP KONING, P.A. - 1982. De invloed van de stadsapotheek op het voorschrijfgedrag van de huisarts, een voorbeeld. Pharmaceutisch Weekblad, 117, no. 35, 785-792
- WIJKEL, D. - 1984. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, deel 2
- ZIEKENFONDSRAAD - 1985. Jaarverslag 1984. Amstelveen
- ZWAAN, F.W. - 1985. Huisarts met computer, een goede zaak? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 129, 297-300

7 Overige beroepen in de eerstelijns- gezondheidszorg: diëtisten en logopedisten

H.J.M. Sixma

1. INLEIDING	261
2. HET AANBOD VAN ZORG DOOR DIETISTEN EN LOGOPEDISTEN	261
2.1 Omvang en samenstelling van de beroepsgroep diëtisten	262
2.2 Omvang en samenstelling van de beroepsgroep logopedisten	265
3. TAKEN EN WERKWIJZE	267
3.1 Diëtisten	267
3.2 Logopedisten	269
4. GEBRUIK VAN DE ZORG	271
4.1 Diëtisten	271
4.1 Logopedisten	273
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	274
5.1 Diëtisten	274
5.2 logopedisten	276
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	276
LITERATUUR	278

1. INLEIDING

Het schrijven van een bijdrage met als werktitel 'overige beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg' is een niet erg dankbare taak. Waar andere beroepen of onderwerpen vaak kunnen bogen op een relatief gevestigde positie en een daarop afgestemde onderzoekstraditie, is het ontbreken van beide zaken vaak een kenmerk van de 'overige beroepen'. Zij vormen als het ware een restcategorie. Hun plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg is niet of nauwelijks uitgekristalliseerd; een onderzoekstraditie is veelal afwezig.

Twee van deze 'overige beroepen' zullen in dit hoofdstuk wat uitgebreider aan de orde komen, te weten de diëtist(e) en de logopedist(e). Dit betekent niet dat hiermee de twee enige beroepen zijn genoemd die nog ontbreken aan een overzicht van alle beroepen in de eerstelijnszorg. Er zijn nog verschillende beroepen in de paramedische- en de ondersteunende sector zoals de mondhygiënist, orthoptisten en de assistenten, waaraan geen afzonderlijke hoofdstukken zijn gewijd. Gedeeltelijk betreft het hier beroepen die zijdelings ter sprake zijn gekomen bij de wel behandelde beroepsgroepen. Waar dit niet het geval is geldt, meer nog dan voor diëtisten en logopedisten, dat gegevens beperkt blijven tot schattingen van aantallen en dat empirisch onderzoek bijna volledig ontbreekt.

Bij de diëtisten en logopedisten zal aan de hand van recente onderzoeksgegevens een beeld worden geschetst van de beroepsgroepen. Hierbij zal de inmiddels bekende hoofdstukkenindeling worden aangehouden. Op voorhand kan echter al worden gemeld dat de oogst aan recent onderzoeksmateriaal over beide beroepen gering zal zijn. De gevonden onderzoeksverslagen hebben veelal betrekking op een relatief kleine onderzoekspopulatie of zijn beschrijvend van aard. Theorievorming rond beide beroepsgroepen lijkt op dit moment volledig te ontbreken.

2. HET AANBOD VAN ZORG DOOR DIËTISTEN EN LOGOPEDISTEN

Als het gaat om de omvang en samenstelling van de beroepsgroepen dan hebben diëtisten en logopedisten in elk geval één ding gemeen: voor beide beroepen is het precieze aantal beroepsbeoefenaren en de samenstelling van de beroepsgroep onbekend. Bij gebrek aan een goed en

volledig registratiesysteem, zijn we gedwongen te werken met onvolledige informatie. Een tweede gemeenschappelijk punt is dat bij beide beroepsgroepen het aantal beoefenaren dat werkzaam is in de eerstelijnszorg een minderheid vormt. Op beide zaken zal in dit hoofdstuk dieper worden ingegaan. Diëtisten en logopedisten worden behandeld in aparte paragrafen.

2.1. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep diëtisten

Gaan we af op wat er van overheidswege wordt geschreven over diëtisten in de (eerstelijns)gezondheidszorg, dan speelt deze beroepsgroep een ondergeschikte rol. Ondanks het gegeven dat in Nederland circa 1.700 personen als diëtist hun brood verdienen in de gezondheidszorg, waarmee ons land in vergelijking tot bijvoorbeeld België of West-Duitsland veel diëtisten telt (Dietitians Association of Australia, 1984), wordt er in recente ministeriële nota's nauwelijks aandacht geschonken aan deze beroepsgroep. In de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (Ministerie van WVC, 1983) komen diëtisten niet ter sprake. In de nota Eerstelijnszorg wordt volstaan met de mededeling dat toename van het aantal diëtisten bij het kruiswerk wordt gestimuleerd en dat het beleid zich zal richten op een geleidelijke realisering van de in de Schets Eerstelijnsgezondheidszorg geformuleerde norm van één diëtist op 50.000 inwoners (Ministerie van WVC, 1983a).

Het spreekt welhaast vanzelf dat de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), de beroepsvereniging waarbij het overgrote deel van de in Nederland afgestudeerde diëtisten is aangesloten, een wat andere opstelling kiest. Nadrukkelijk worden plaatsen geclaimd in de eerste- en tweedelijnszorg, alsmede in de basisgezondheidszorg. In een reactie op het verschijnen van de nota 'Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg' zegt de vereniging te willen streven naar een norm van één diëtist op 20.000 inwoners (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 1980). Anderen gaan wat minder ver als zij stellen dat de door diëtisten verrichte werkzaamheden en de aandachtsverschuiving van curatieve naar preventieve zorg, een normering van één diëtist op 30.000 inwoners rechtvaardigen (Janssen-Burg, 1984). Ondanks deze accentverschillen over de te realiseren norm is de algemene trend duidelijk. De positie van de diëtist in de eerstelijnszorg zal worden versterkt.

Diëtisten vormen een nog jonge, snel groeiende beroepsgroep. Na de

start van de eerste officiële diëtistenopleiding in 1935 volgt in 1972 de wettelijke erkenning als paramedisch beroep. Het aantal diëtisten is gegroeid van ongeveer 100 in 1950 tot circa 1.200 in 1978 (NVD, 1979). Een exactere schatting van het aantal diëtisten geeft Van Brunschot (1981) in zijn onderzoek naar de aantallen en verdelingen van beroepsbeoefenaren in enkele paramedische beroepen. Door op het Bureau Register Medische Beroepen van de Geneeskundige Hoofdinspectie alle diëtisten te tellen, en deze som te verminderen met de geschatte aantallen overledenen en in het buitenland vertoevend, komt hij tot circa 2.100 diëtisten op 1 januari 1981 (Van Brunschot 1981, p. 51). In dezelfde studie worden ook gegevens gepresenteerd over de spreiding van diëtisten over gezondheidszorgregio's, naar sector van beroepsuitoefening en naar leeftijdsgroep. Nu, vier jaar later moet volgens de methode van Brunschot het totaal aantal diëtisten in Nederland worden geschat op circa 2.400. Dit aantal wordt gevonden door uit het aantal NVD-leden van ruim 2.000 op 1-1-1985 (NVD 1985) het totaal aan gewone leden te schatten op 1.650 en dit aantal te vermenigvuldigen met een factor 1.45. De veronderstelling hierbij is dat circa 70% van alle diëtisten is aangesloten bij de NVD (Van Brunschot, 1981, p. 51).

Over de samenstelling van de beroepsgroep en de werkvelden van diëtisten zijn gegevens beschikbaar in de vorm van twee door de NVD verrichte studies onder de bij deze vereniging aangesloten leden. De enquêtes, die werden gehouden in 1980 en 1983, zijn een vervolg op een in 1974 door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gehouden onderzoek onder afgestudeerde diëtisten (Ministerie van VoMil, 1974). De resultaten van dit onderzoek uit 1974 zijn door de afwijkende presentatie van gegevens in 1980 en 1983 niet goed te vergelijken. We beperken ons tot 1980 en 1983. In beide jaren zijn aan alle leden van de vereniging korte vragenlijsten gestuurd, ten einde te komen tot een profielschets van de diëtist in Nederland. De respons op de enquêtes was 92.6% in 1980 en 93.8% in 1983, zodat in elk geval een goed beeld wordt gegeven van de bij deze vereniging aangesloten diëtisten.

In 1983 blijkt bijna 70% van alle afgestudeerde diëtisten ook in de praktijk als diëtist werkzaam te zijn; 13% werkt wel, maar niet als diëtist en ruim 17% heeft geen werk. Ter vergelijking: in 1980 oefende 78% van alle diëtisten het beroep van diëtiste uit. Van de ruim 500 diëtisten, die in 1983 niet of niet als diëtist werkzaam waren, zeggen er 278 wel een baan in deze richting te ambiëren. Een overzicht van de instellingen waar diëtisten in 1980 en 1983 werkzaam zijn geeft tabel 1.

Tabel 1: aantal diëtisten in 1980 en 1983 naar werkveld, in procenten

werkveld	aantal diëtisten in procenten*	
	1980 (n=1.034)	1983 (n=1.151)
ziekenhuizen	44.9	42.7
psychiatr./zwakz.inrichtingen	3.6	5.3
verpleeg-/bejaardentehuizen	21.4	23.3
kruisverenigingen	9.5	14.4
voorlichting/onderwijs	26.2	25.3
bedrijven	2.8	3.0
voedingsonderzoek	2.4	2.3
zelfstandige praktijk	9.3	13.4
overige	9.7**	4.9

* Omdat een aantal diëtisten aan twee of meer instellingen verbonden is overschrijdt het cumulatieve percentage de 100%.

Niet duidelijk is of de diëtisten die in 1980 een ander beroep dan dat van diëtist uitoefenden, zijn meegeteld bij 'overigen' of uit de analyse zijn verwijderd.

Bron: NVD 1980, 1984

Tabel 1 heeft betrekking op aantallen diëtisten. Iets meer dan 40% van alle diëtisten heeft een 40-urige werkweek, 30% werkt minder dan 20 uur per week.

In 1983 is bijna 30% van alle diëtisten via de kruisvereniging of door het hebben van een zelfstandige praktijk werkzaam in de eerstelijnszorg. In 1980 lag dit percentage nog beneden de 20% (NVD, 1980; NVD, 1984.) Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is het aandeel van diëtisten bij kruisverenigingen en vrijgevestigde diëtisten ongeveer even groot. Daarnaast zijn er diëtisten werkzaam bij huisartsengroepspraktijken, gezondheidscentra, bureaus voor maatschappelijke dienstverlening en aan gemeentelijke geneeskundige diensten. Bij de kruisverenigingen nemen ongeveer 230 diëtisten op een totaal van circa 15.000 werkers een bescheiden positie in (Nationale Kruisvereniging, 1984).

Uit de NVD-enquetes blijkt verder dat de gemiddelde leeftijd van de aangesloten diëtisten 32 jaar is. Van degenen die als diëtist werk-

zaam zijn, doet 60% dit in een part-time dienstverband. Dat het beroep van diëtist een typisch vrouwenberoep is, lijkt voor de Nederlandse Vereniging van Diëtisten vanzelf te spreken; een vraag naar het geslacht is niet opgenomen in de enquêtes en ook in de rapportage wordt hierover geen mededeling gedaan. Overigens lijkt deze keuze terecht als we kijken naar de geslachtsverdeling gepresenteerd door Van Brunschot. Op het totaal van ca. 2.200 diëtisten bedraagt het aantal mannen 32 (Van Brunschot 1981, p. 8).

Van de vijf afstudeerplaatsen voor diëtisten scoort Nijmegen met circa 30% het hoogst, gevolgd door Amsterdam (26%) en Den Haag (23%). De beide andere opleidingen in Heerlen en Groningen zijn eerst in 1968 en 1974 gestart en leverden tezamen ongeveer éénvijfde van de gediplomeerde diëtisten (NVD, 1984, p. 8).

2.2. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep logopedisten

Evenals bij de diëtisten is de positie van de logopedist in de eerstelijnszorg dan wel niet omstreden, doch op z'n minst onduidelijk. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) pleit, als beroepsvereniging van in Nederland werkende logopedisten, voor versterking van logopedie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Op ministerieel niveau ligt één en ander iets minder duidelijk. Hoewel de beroepsgroep wordt vermeld in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Min. van VOMIL, 1980), ontbreekt logopedie als aandachtspunt in de Nota Eerstelijnszorg (Min. van WVC, 1983). Dat er echter ook bij de overheid gehoor is gevonden voor een duidelijker plaats van logopedie in de eerstelijnszorg, kan worden afgeleid uit de woorden van mevr. Veder-Smit bij de inwerkingtreding van het Logopedistenbesluit (1981) als zij stelt: "...het aandeel van de logopedist in de eerstelijnsgezondheidszorg is groeiende. Juist hier zal zijn veelzijdigheid goed tot uitdrukking komen. In veel gevallen dient hij immers als opvang voor de patiënt en zijn omgeving als deze van een intramurale behandeling terugkeert en ambulante hulp nodig heeft..."(Veder-Smit, 1981).

Het precieze aantal logopedisten in Nederland op dit moment is onbekend. Voor medio 1982 komen Boot en Knapen tot een totaal van 1.870 bevoegde logopedisten (Boot en Knapen, 1983). Gaan we af op het aantal bevoegdheidsverklaringen dat in 1984 was afgegeven, dan kan het aantal logopedisten in de gezondheidszorg worden geschat op ca 2.200 (Ministerie van WVC, 1984). Een belangrijk deel van de logopedisten is aangesloten bij de NVLF. Onder de koepel van deze vereniging

functioneren drie dochterorganisaties, die zich in het bijzonder met de eigen economische en rechtspositionele zaken bezighouden. Het zijn verenigingen voor:

- logopedisten in overheidsdienst (met name het onderwijs);
- klinische logopedie in de intramurale zorg;
- vrijgevestigde logopedisten.

Met het noemen van de drie dochterverenigingen zijn tevens de drie belangrijkste velden aangegeven, waarin logopedisten werkzaam zijn. Voor nadere gegevens over de beroepsgroep beperken wij ons tot de vrijgevestigde logopedisten. In 1982 is door de NVLF een onderzoek gehouden onder deze categorie logopedisten. Met een waarschuwend mededeling dat niet alle vrijgevestigde leden hebben gereageerd en dat niet-leden van de vereniging niet zijn benaderd, worden gegevens gepresenteerd voor 683 logopedisten. Van dit aantal blijkt ruim 66% naast de eigen praktijk een dienstverband te hebben bij instellingen als GG en GD's, schoolbegeleidingsdiensten, schooladviesdiensten, schoollogopedische diensten, scholen voor buitengewoon onderwijs, etc. Voor nog geen 34% is de eigen vrijgevestigde praktijk de enige bron van inkomsten. Van de vrijgevestigde logopedisten heeft 90% een praktijk aan huis; meer dan 90% werkt minder dan 20 uur per week in deze praktijk (NVLF, 1984). Verondersteld mag worden dat dit mede het gevolg is van het grote aantal vrouwen in deze beroepsgroep. Nadere gegevens over de leeftijds- of geslachtsverdeling van de logopedisten ontbreken echter in het NVLF-onderzoek. Wel wordt in de studie een gedetailleerd overzicht gegeven van bijvoorbeeld de indicaties die voor behandeling in aanmerking komen en de voorwaarden, waaraan de praktijkruimte moet voldoen.

Ter vergelijking kunnen hier ook enige cijfers voor het Vlaamse deel van België worden gepresenteerd. Uit een schriftelijke enquête onder 560 logopedisten in Vlaanderen (alle 1.550 Vlaamse logopedisten werden aangeschreven; ongeveer 36% verleende medewerking) bleek dat van de als logopedist werkzame personen (82% van de 560 respondenten) er 87% werkt in loondienstverband en 13% zelfstandig gevestigd is. Net als in Nederland werken in België veel logopedisten in het onderwijs en in revalidatie-instellingen. Gegevens over aanvullende dienstverbanden of over de aantallen uren die men per week werkt, ontbreken. Van alle logopedisten in Vlaanderen is volgens de enquête de helft jonger dan 29 jaar, en is 81% vrouw (Heylen en Briels, 1984).

3. TAKEN EN WERKWIJZEN

In de vorige paragraaf hebben we kunnen zien dat zowel diëtisten als logopedisten in verschillende zorgvelden werkzaam zijn. Bij de taken en werkwijzen beperken we ons tot die beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg. Ook in deze paragraaf worden eerst de diëtisten onder de loep genomen en vervolgens de logopedisten.

3.1. Diëtisten

Gaat het om recent onderzoek naar taken en werkzaamheden van de diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg dan is de oogst mager. Landelijke studies over de werkzaamheden van de diëtist in de eerstelijnszorg ontbreken volledig. Wel zijn er deelstudies verricht naar het werken van diëtisten bij kruisverenigingen, gezondheidscentra en huisartsengroepspraktijken. Deze studies zullen hier en in de volgende subparagraaf worden besproken. Een van de onderwerpen waaraan wat extra aandacht wordt geschonken is de samenwerking met andere disciplines, en in het bijzonder met de huisarts. Kruisverenigingen zien als belangrijkste taken voor de diëtist de dieetadvisering, voedingsvoorlichting en de ondersteuning van (groepen) mensen met voedingsproblemen. Afgeleide taken zijn de rapportage naar de verwijzende (huis)arts (verplicht volgens de Wet op de Paramedische Beroepen), registratie en rapportage, het opbouwen van werkrelaties en de zorg voor planning en afstemming van de eigen werkzaamheden (Nationale Kruisvereniging, 1982).

Dieetadvisering, voedingsvoorlichting en ondersteuning van groepen worden ook door de diëtisten zelf genoemd als hun belangrijkste taken in een onderzoek van Brouwer en Schipper. Voor hun afstudeerscriptie werden interviews gehouden met negen huisartsen en vijf diëtisten. Een van de vraagstellingen van het onderzoek was in hoeverre de huisarts in het dagelijks werk wordt geconfronteerd met voedingsproblemen en diëten. Daarnaast was het doel inzicht te krijgen in de samenwerking tussen diëtisten en huisartsen en diëtisten en andere hulpverleners. De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn dat de huisarts dagelijks patiënten met voedingsproblemen bij zich krijgt, zelf regelmatig adviseert en weinig verwijst naar de diëtist. Naarmate er meer contact is tussen huisarts en diëtist en men beter op de hoogte is met elkaars werkwijze, zullen er vaker en meer gerichte verwijzingen plaatsvinden. De opname van een dië-

tist in een gezondheidscentrum wordt vaak zinvol geacht (Brouwer en Schipper, 1983, 1984). In kwantitatief opzicht blijken voeding en dieetproblemen een bescheiden rol te spelen in het dagelijks werk van de huisarts. Door bij vier huisartsen tien dagen alle voedingsadviezen te noteren, komt Crebolder tot een totaal van 45 adviezen op 590 verrichtingen (Crebolder, 1980).

Een tweede onderzoek naar de plaats van de diëtist in een gezondheidscentrum is gehouden bij zeven gezondheidscentra in Limburg. Wederom in het kader van een afstudeerscriptie werden vragen gesteld over de behoefte aan een diëtist, de mogelijkheden en taken van de diëtist in een gezondheidscentrum en de problemen bij een eventuele aanstelling. Belangrijkste conclusies uit dit onderzoek waren dat bij de artsen de kennis omtrent de voeding en de rol die de diëtist zou kunnen spelen, gering is. Het aanstellen van diëtisten zou naar de mening van de gezondheidscentra een belangrijke aanvulling inhouden van de dienstverlening vanuit de gezondheidscentra. Struikelblok voor het overgrote deel van de ondervraagde centra zijn de financiële consequenties van een dergelijke uitbreiding (Reinders en Schmitz, 1983).

Een derde scriptie naar de plaats van de diëtist in het wijkgezondheidscentrum gaat ook in op de wenselijkheid, de taken en mogelijkheden van een dergelijke uitbreiding en is vooral beschrijvend van aard. De belangrijkste conclusies van Reinders en Schmitz zijn in dit onderzoek terug te vinden (Van der Molen-Willebrands, 1979).

Laten we de diëtisten zelf aan het woord, dan worden er door twee diëtisten afkomstig uit een Rotterdams gezondheidscentrum zowel voor- als nadelen gezien in de samenwerking met andere disciplines. De voordelen hebben betrekking op het regelmatige contact met medehulpverleners dat de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Een nadeel vindt men dat door te werken vanuit gezondheidscentra de dieet- en voedingsproblematiek in de medische sfeer wordt getrokken (Van Velzen, 1982).

Uit een enquête onder 60 diëtisten aangesloten bij verschillende kruisverenigingen komt de samenwerking met andere disciplines naar voren als één van de punten waarop het beleid van de kruisverenigingen gericht zou moeten zijn (Nationale Kruisvereniging, 1981). Andere vragen in dit onderzoek hadden betrekking op de beroepsopleiding en deskundigheidsbevordering en de rol die kruisverenigingen in dit geheel zouden moeten spelen.

Inzicht in de werkzaamheden van de diëtist bij kruisverenigingen biedt een studie naar functie en takenpakket van de diëtist bij de

provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging. Naast een overzicht van de ontwikkelingen tussen 1960 en 1980 geeft deze afstudeerscriptie resultaten van een enquête onder de vijftien diëtisten die bij deze kruisvereniging zijn aangesloten. Zoeken we enige 'krenten' uit de zeer uitgebreide rapportage, dan blijkt dat diëtisten bij het kruiswerk de meeste contacten hebben met huisartsen, wijkverpleegkundigen en collega-diëtisten in de ziekenhuizen. De twee eerstgenoemden worden ook aangemerkt als de personen die de diëtist relatief het vaakst voor advies benaderen. De diëtist zelf wendt zich voor advies vooral tot de huisarts en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding (Van Geleuken, 1981).

Tenslotte verdient nog vermelding een artikel waarin een gedetailleerde beschrijving wordt gegeven van twee jaar samenwerking tussen huisarts en diëtist in een Belgische groepspraktijk met vijf huisartsen. Behalve dat cijfers worden gegeven over indicaties voor dieëttherapie en verwijzingen van huisarts naar diëtist per leeftijdsgroep en geslacht, waarbij het aantal indicaties stijgt met de leeftijd, is de voornaamste conclusie van de auteurs dat bij verwijzingen naar de diëtist een blijvende belangstelling van de huisarts en goed overleg tussen arts en diëtist uiterst nuttige zaken zijn (Van Damme en Quintens-Buckinx, 1980).

3.2. Logopedisten

Logopedisten behandelen stoornissen van adem, stem, spraak, taal en gehoor die van organische of functionele aard zijn. Zij houden zich bezig met alle aspecten van (pre)verbale communicatie. De werkzaamheden bestaan zowel uit onderzoek en advies als uit behandeling (NVLf, 1984, p. 1.). Veel logopedisten werken maar een klein aantal uren per week. Dit gegeven bemoeilijkt het ontstaan van samenwerkingsverbanden, zowel tussen logopedisten onderling als met andere disciplines. Binnen de logopedie neemt het percentage logopedisten dat een samenwerkingsverband heeft toe met het stijgen van de praktijkgrootte. Van logopedisten die 20 uur of meer werken doet circa 16.5% dit in een samenwerkingsverband. Hierbij kan zowel worden gedacht aan associaties, groepspraktijken, maatschappen, procentsbasisovereenkomsten als aan een dienstverband (NVLf, 1984, p. 11). Het aantal logopedisten werkzaam in gezondheidscentra is op de vingers van één hand te tellen.

Conform het Logopedistenbesluit 1981 worden patiënten naar een logopedist verwezen door een praktizerend arts of tandarts. Enig inzicht

in het verwijfspatroon naar de logopedist biedt de reeds aangehaalde enquête van de NVLF. Zonder dat percentages of aantallen worden vermeld is de conclusie dat bij logopedisten met een kleine praktijk de meeste verwezen patiënten afkomstig zijn van een KNO-arts; bij grotere praktijken is de huisarts de belangrijkste verwijzer. Andere verwijzers die worden genoemd zijn: neuroloog, kinderarts, orthodontist en tandarts (NVLF 1984, p. 10-11).

Op het deelgebied van de spraakgestoordheid is bij 117 logopedisten onderzocht wie de verwijzende instanties waren van hun patiënten. Vermeld werden de neuroloog (60%), de revalidatie-arts (46%), huisarts (43%), arts in een verpleegtehuis (25%), verpleegkundige (12%), wijkverpleegkundige (7%) en maatschappelijk werkende (7%). Omdat meer dan één instantie kon worden opgegeven komt het totaal boven de 100% uit. De conclusies van dit onderzoek zijn dat het niet best gesteld is met de multidisciplinaire aanpak van afasie. Regelmatig overleg met degene die verwijst, waaraan bij logopedisten veel behoefte is, vindt hoogstens plaats met medici; veelal staat de logopedist er alleen voor. Daarnaast is er behoefte aan een betere diagnostiek en indicatiestelling, evaluatie van behandelingen en voorlichting (Deelman en Butter, 1984). Dit onderzoek beperkt zich overigens niet tot de vrij gevestigde logopedisten. Cijfers en conclusies hebben betrekking op logopedisten die in verschillende sectoren van de gezondheidszorg werkzaam zijn. Het zelfde geldt voor een onderzoek in Twente naar de ervaringen van en met een multidisciplinair team van logopedisten. Een publicatie over deze studie is in voorbereiding (Koning-Haanstra e.a., in voorbereiding).

Een studie naar de verwijzingsstrategieën van logopedisten heeft ook betrekking op logopedisten in de meest brede zin van het woord. In het kader van dit onderzoek werden enquêteformulieren verzonden aan de ongeveer 600 logopedisten in Limburg, Brabant en Zeeland. De respons bedroeg 108 ingevulde formulieren, afkomstig van schoollogopedisten (40%), vrijgevestigde logopedisten (16%), logopedisten met een praktijk elders (25%) en andere logopedisten (19%). Belangrijke conclusie van het onderzoek is dat verreweg de meeste verwijzingen naar logopedisten afkomstig zijn van huisartsen en arts-specialisten. Treedt de logopedist zelf op als verwijzende instantie, dan is dit in de regel naar een (gespecialiseerde) collega (Haitsma Mulier en l'Hoir, 1983). Hiermee worden eerdere bevindingen van Van Vliet, over de verbindingslijnen tussen logopedisten en andere specialismen bevestigd (Van Vliet, 1977). Tenslotte past in dit kader nog de vermelding van een beschrijvende studie naar het onderzoek en de reva-

lidatie van patiënten met stem-, spraak- en taalstoornissen in Nederland. De belangrijkste conclusie is dat een bundeling van disciplines wenselijk zou zijn en zou resulteren in betere resultaten (Marres, 1983).

4. GEBRUIK VAN DE ZORG

Tegenover het aanbod van werkzaamheden door diëtisten en logopedisten zoals dit naar voren komt uit nota's of onderzoeksverslagen van overkoepelende organisaties of beroepsvertegenwoordigers, staat de vraag om zorg van de consument. Hierbij gaat het om de aard van de klachten of problemen waarmee mensen deze beroepsbeoefenaren tegevoet treden, de oplossingen die worden aangereikt en de relatie tussen vraag en aanbod.

4.1. Diëtisten

Een groot deel van de mensen die de diëtist bezoeken kampt met gewichtsproblemen. Uit een in 1983 gehouden enquête onder 54 vrijgevestigde danwel in dienst van een kruisvereniging werkende diëtisten, blijkt dat 79% van de cliënten de diëtist bezoekt om te vermagere. De belangrijkste motieven hiervoor zijn van esthetische aard, medisch advies en druk vanuit de omgeving. Van elke tien cliënten die de diëtist bezoeken zijn er acht vrouwen. Diëtisten aangesloten bij een kruisvereniging krijgen relatief veel cliënten die zijn verwezen door de huisarts of een specialist; vrijgevestigde diëtisten zeggen relatief veel patiënten te hebben die rechtstreeks bij hen terecht komen (Smulders, Van Staveren en Hautvast, 1983). Overigens moeten de hier vermelde cijfers met enige voorzichtigheid worden bekeken. De vraagstelling en de exclusieve aandacht voor de behandeling van overgewicht door extramuraal werkende diëtisten, kunnen er de oorzaak van zijn dat bij de responderende diëtisten het accent wel heel erg op gewichtsproblemen is komen te liggen.

Overgewicht vormde ook het thema van een aantal gespreksgroepen in Friesland, waaraan door ongeveer 100 vrouwen werd deelgenomen. In het evaluatie-onderzoek naar het functioneren van deze groepen werden de effecten van traditionele spreekuren vergeleken met gespreksgroepen. De belangrijkste conclusie wordt verwoord in de titel van

een publicatie over dit onderzoek: 'Weegschalen en voedingsadviezen dragen zelden bij tot een positiever zelfbeeld' (Van den Bosch, 1984).

Een algemener beeld geven de resultaten van een onderzoek naar de tijdsbesteding van in Friesland bij de Provinciale Kruisvereniging aangesloten diëtisten. De cijfers, die werden gepresenteerd tijdens het symposium 'De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg', laten zien dat 50% van de activiteiten betrekking heeft op individuele dieetvoorlichting. Daarnaast wordt 20 tot 25% van de tijd besteed aan groepsvoorlichting, overleg en deskundigheidsbevordering en 5% aan consultatie (Westmaas, 1984).

Hoewel de advisering en begeleiding van mensen met gewichtsproblemen een belangrijk onderdeel vormt van de werkzaamheden van de diëtist, zijn er ook andere groepen die van de diensten van diëtisten gebruik maken. Voorbeelden hiervan zijn diabetici en patiënten die op grond van een andere medische indicatie verplicht zijn aangepaste voeding te gebruiken. In dit verband is onderzoek gedaan naar de effecten van voeding en voedingstoestand op intensief sportende diabetici in Nederland (Van der Laan en Van Soest, 1984), het opvolgen van dieetregels door diabetici (Verdonk e.a., 1976) en naar diëten voor kunstnier-patiënten (Van der Molen en Stoeltie, 1982).

In de sector voedingsvoorlichting is onderzoek gedaan naar de effecten van voorlichting en informatieverstrekking op de voedingsgewoonten van mensen. Aan de hand van enquêtegegevens van 192 personen werd vastgesteld dat de behoefte aan informatie over voeding gering is. Wel blijkt dat naarmate mensen over meer informatie beschikken, er meer aandacht is voor het soort voeding en bijvoorbeeld de aanwezigheid van kleurstoffen. (Bonnema en Van de Veerdonk, 1984). Beschrijvend van karakter is de rapportage over een project waarbij diëtisten werden ingeschakeld bij de voedingsvoorlichting aan kleuters in Rotterdam (Van der Waal en Stegeman, 1980).

Tenslotte is een onderzoek verricht naar overgewicht in relatie tot morbiditeit en subjectief welbevinden in vier huisartspraktijken. In het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) zijn via een aanvullende schriftelijke enquête aan circa 1.200 mensen vragen gesteld over gewichtsproblemen en de rol van de huisarts. Gevraagd naar de instantie waar men het liefst hulp van zou krijgen bij gewichtsproblemen, koos meer dan de helft van de ondervraagden voor de huisarts. De diëtiste komt na 'niemand' op de derde plaats. Negen procent van de mannen en 15% van de vrouwen zou zich bij gewichtsproblemen wenden tot de diëtist (Seidell, Bakx, Van den Hoogen e.a., 1985).

4.2. Logopedisten

Was de oogst bij diëtisten reeds summier, bij de logopedisten zijn nog minder onderzoeksresultaten te vinden over het gebruik van de zorg.

Terugvallend op de NVLF-enquête onder vrijgevestigde logopedisten, met als aanvullende opmerking dat alleen praktijken van 15 uur of meer in de analyse zijn opgenomen, worden klachten gepresenteerd overeenkomstig tabel 2.

Tabel 2: samenstelling patiëntenbestand van vrijgevestigde logopedisten naar aard van de klacht, in percentages

klacht	percentage van het patiëntenbestand
taalstoornissen	15
articulatiestoornissen	14
stotteren en broddelen	16
stemstoornissen	29
afasie en dysanthe	14
overige klachten	12

Bron: NVLF, 1984

Het patiëntenbestand van de vrijgevestigde logopedist bestaat voor 51% uit kinderen beneden de achttien jaar. Bij een acht-urige werkdag wordt gemiddeld zes uur besteed aan behandeling; twee uur zijn nodig voor administratieve werkzaamheden. Per jaar zijn 9 tot 19 dagen bestemd voor het volgen van bij- en nascholingscursussen (NVLF, 1984).

Andere publicaties over de vraag naar zorg door logopedisten hebben veelal betrekking op de gevolgde behandelwijze bij individuele gevallen en zijn voor het merendeel van beschrijvende aard.

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

Samen met andere beroepen, zoals bijvoorbeeld de fysiotherapeuten en de mondhygiënist, behoren diëtisten en logopedisten tot de paramedische beroepen. Beide beroepen dienen zich dan ook te houden aan de in 1965 tot stand gekomen Wet op de paramedische beroepen en de daarbij behorende 'besluiten'. Bij de financiering liggen de zaken iets minder duidelijk. Het werk van beide beroepsgroepen is vaak ondergebracht in grotere organisaties zoals kruisverenigingen of gemeentelijke instellingen. Financiering vindt in die gevallen plaats via de CAO-richtlijnen. Voor vrijevestigde diëtisten en logopedisten gelden adviestarieven en norminkomens.

5.1. Diëtisten

Het beroep van diëtist is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen 1965 en het daarbij behorende Diëtistenbesluit van 7 september 1972. In dit besluit, dat op 12 januari 1973 werd gewijzigd en opnieuw werd vastgesteld op 12 juni 1978, zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, examenregelingen en de instelling van een permanent adviesorgaan: de Adviescommissie Diëtisten. Een van de belangrijkste artikelen uit het Diëtistenbesluit bepaalt dat de werkzaamheden worden verricht in opdracht van een praktiserend geneeskundige of tandarts, waarbij de diëtist verplicht is de opdrachtgever op de hoogte te houden van de toestand van de patiënt. De opdracht wordt schriftelijk verstrekt; met betrekking tot de terugrapportage zijn geen bijzonderheden opgenomen (Bloemheuvel Kasdorp, Reedijk, e.a., 1982).

Overigens staat de toegankelijkheid van de aan instellingen verbonden diëtisten ter discussie. Op het symposium 'De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg' van 5 oktober 1984, werd zowel door een directeur van een kruisvereniging als door één van de aanwezige artsen gepleit voor vrije toegang tot het spreekuur van de diëtist (Havinga, 1985). Met een vrijere toegankelijkheid zou onnodige medicalisering worden voorkomen en komt de diëtist(e) dicht bij de cliënt te staan. Gebruikelijk is dat voor de diensten van 'de diëtist om de hoek' de cliënten zelf in de geldbuidel tasten, waardoor de verleende zorg een elitair karakter zou kunnen krijgen (Tjassing, 1985). De Nederlandse Vereniging van Diëtisten hanteert voor vrijevestigde diëtisten adviestarieven die gebaseerd zijn op een bruto-

uurtarief van f 55,00 (Ned. Ver. van Diëtisten, 1984). Met het noemen van de kosten verbonden aan het bezoeken van de vrijgevestigde diëtist, hebben we de overstap gemaakt naar de financieringsmogelijkheden voor het werken van de diëtist in de eerstelijnszorg. Buiten de groep vrijgevestigden kan worden vastgesteld dat de financiering van de door diëtisten te vervullen arbeidsplaatsen afhankelijk is van de sector waarin men werkt. Bij de kruisverenigingen geldt dat de diëtisten indirect worden gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de contributie van leden van de vereniging. Hulp is bestemd voor leden van de organisatie. In de bijlage 1 bij het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) wordt uitgegaan van één diëtist per 180.000 inwoners, met de noot dat deze norm in heroverweging is. Het in de toelichting genoemde streefgetal van één diëtist per 50.000 inwoners is ook terug te vinden in de Nota Eerstelijnszorg (Ministerie van WVC, 1983). Binnen de kruisverenigingen volgen de salarissen van diëtisten de CAO-richtlijnen. Intramuraal werkende diëtisten volgen wat hun salaris betreft de CAO voor het ziekenhuiswezen. Het aantal diëtisten dat een ziekenhuis in dienst kan nemen hangt af van het aantal bedden van de instelling, volgens de normen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Deze norm bedroeg één diëtist op 200 bedden, waarbij de instelling voor poliklinische activiteiten geen vergoeding ontving. Met de invoering van het nieuwe budgetteringssysteem is het de ziekenhuizen echter vrij om van deze norm af te wijken. Hetzelfde geldt voor de aanstelling van diëtisten in verpleeghuizen. Waar voorheen een diëtist kon worden bekostigd uit het vrij besteedbare deel van de richtlijn voor het totale personeel, mits niet werd uitgegaan boven een verhouding van 1 diëtist op 100 à 120 bedden, staat het de verpleeghuizen nu vrij om binnen hun budget zoveel diëtisten aan te nemen als zij wensen. Diëtisten werkzaam in de overige sectoren, zoals bij ministeries of particuliere organisaties, worden betaald uit de budgetten van die betreffende instellingen en volgen de daar geldende salarisschalen. Tenslotte kan nog worden vermeld dat van verschillende kanten financieringsproblemen worden signaleerd die het gevolg zijn van de uitbreiding van het arbeidsterrein en de toegenomen vraag naar gezondheidsvoorlichting en opvoeding (Branderhorst-Weststeijn, 1983). Als financieringsbronnen worden genoemd de AWBZ, subsidiëring via het Ministerie van WVC en bijvoorbeeld uitkeringen uit het Ziekenfondsverstrekkingspakket. Met name opname van hulpverlening door diëtisten in het ziekenfondsverstrekkingspakket lijkt echter politiek gezien nauwelijks haalbaar.

Over verder onderzoek naar regelingen en financiering van diëtisten kunnen we kort zijn. Ons is geen onderzoek op deze terreinen bekend.

5.2. Logopedisten

Evenals de diëtisten behoren de logopedisten tot de beroepen waarvan het werken is vastgelegd in de Wet op de Paramedische beroepen en het Logopedistenbesluit van 2 augustus 1980. In dit besluit wordt aangegeven welke eisen aan een bevoegd logopedist gesteld worden, wat de werkzaamheden zijn en op welke wijze de Adviescommissie Logopedisten functioneert. Voor cliënten van logopedisten geldt dat zij in het bezit moeten zijn van een verwijzing door een arts of tandarts.

Logopedie is als verstrekking opgenomen in het ziekenfondspakket volgens artikel 3, lid 9 van het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering. Het inkomen van logopedisten in zowel de ziekenfonds- als de particuliere sector volgt de richtlijnen van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. De aanwijzing aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg is gebaseerd op de besluitvorming in het kader van de Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrijberoepsbeoefenaren. Het norminkomen van de logopedist was voor 1982 vastgesteld op f 76.800,-, welk bedrag per 1-1-1983 omlaag is gebracht naar f 76.400,-. Deze trendmatige aanpassing vindt in de ziekenfondssector plaats conform de methodiek vastgelegd in de tariefovereenkomst 1981. Aanpassing in de particuliere sector vindt plaats overeenkomstig de methodiek die de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie en representatieve organisaties van particuliere ziektekostenverzekeraars vaststellen. Voor een verder overzicht van honoreringen en reknormen voor zowel de ziekenfonds- als de particuliere tarieven kan worden verwezen naar de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Net als bij de diëtisten ontbreekt nader onderzoek naar het stelsel van regelingen en financiering.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De oogst aan recente onderzoeksverslagen over de positie en werkzaamheden van diëtisten en logopedisten in de eerstelijnsgezondheidszorg is mager.

Bij de diëtisten zijn twee enquêtes gehouden naar aantallen beroeps-beoefenaren en werkvelden en verder is een aantal deelstudies verschenen die elk één aspect van het diëtist-zijn op de voorgrond plaatsen. Het betreft hier studies van beperkte omvang naar de diëtist in het gezondheidscentrum, de diëtist bij een kruisvereniging, de diëtist in de rol van voorlichter en de diëtist als begeleider van diabetici en kunstnier-patiënten. Omvangrijker studies waarin wordt ingegaan op de werkzaamheden van diëtisten en de plaats die diëtetiek kan innemen in de eerstelijnszorg, ontbreken.

Ook een volledig overzicht van de omvang en samenstelling van de beroepsgroep en het gebruik van de zorg kan niet worden gegeven.

Eén van de eerste aandachtspunten als het gaat om de positie van diëtisten in de gezondheidszorg is dan ook het opzetten van een goed registratiesysteem voor de gehele beroepsgroep. Op dit moment zijn alleen gegevens beschikbaar over leden van de beroepsvereniging en ontbreekt een goed beeld van de aanbodzijde.

Bij het onderzoek naar taken en werkwijzen, alsmede het gebruik van de zorg, kan voor een groot deel worden teruggegrepen op de suggesties die door de Stichting Nationaal Centrum voor Kruiswerk (tegenwoordig: Nationale Kruisvereniging) werden gedaan in 1976 (Stichting Nationaal Centrum voor Kruiswerk, 1976). Als aandachtspunten voor toekomstig onderzoek werden genoemd:

- onderzoek naar de feitelijke behoefte aan voedings- en dieetzorg, alsmede voorlichting bij de cliënt in de thuiszorg en de rol die de verschillende disciplines hierin kunnen vervullen;
- onderzoek naar kwaliteitsverbetering van de zorg, met inbegrip van experimenten op het gebied van hulpverlening aan dieetpatiënten en naar mogelijkheden van samenwerking;
- onderzoek naar de effectiviteit en praktische uitvoerbaarheid van verschillende methoden van voedings- en dieetvoorlichting.

Uitvoering van een dergelijk onderzoeksprogramma waarbij gegevens worden verzameld op een niveau dat uitstijgt boven een paar artsen/diëtisten of een enkele kruisvereniging, wellicht aangevuld met een onderzoek naar knelpunten in de zorg door diëtisten, zou een flinke sprong voorwaarts betekenen.

Bij de logopedisten is de oogst aan recente onderzoeksartikelen nog geringer. Op basis van de beschikbare gegevens kon slechts een uiterst summier beeld worden geschetst van de werkzaamheden van de logopedist in de eerstelijnszorg en de samenwerking met andere disciplines. Vervangen we bij de onderzoekssuggesties voor diëtisten het woord diëtist door logopedist, dan ontstaat ook hier een onderzoeksprogramma waarmee men jaren vooruit kan. In feite is elk onderzoek

naar functie, effectiviteit en samenwerking van logopedie in de (eerstelijns)gezondheidszorg een verbetering ten opzichte van de huidige situatie waarin nauwelijks empirisch materiaal beschikbaar is.

LITERATUUR

- BESLUIT ERKENNINGSNORMEN KRUISORGANISATIES - 1981. Nederlandse Staatscourant No 107, 8-11
- BLOEMHEUVEL, A.G., J.P. KASDORP, A.C. REEDIJK, e.a. - 1982. Gezondheidszorgwetgeving. Den Haag, VUGA
- BONNEMA, A. en C. VAN DE VEERDONK - 1983. Wat is beter....? Doctoraalscriptie LHS-Wageningen
- BOOT, J.M. en M.H.J.M. KNAPEN - 1983. De Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht, Het Spectrum
- BOSCH, S. VAN DEN - 1984. Weegschalen en voedingsadviezen dragen zelden bij tot een positiever zelfbeeld. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 12, no.12, 13-15
- BRANDERHORST-WESTSTEIJN, I.C. - 1983. Aandachtspunten discipline diëtisten. In: R.S. ten Cate, I.P.A. van Dijk en M.A.M. van der Togt-de Ruyt, Hulpverleners in Samenwerking. Alphen aan de Rijn, Samsom. 1600-1-1600-8
- BROUWER, H. en A. SCHIPPER - 1983. De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg. Scriptie Akademie Diëtetiek. Nijmegen
- BROUWER, H. en A. SCHIPPER - 1984. De diëtist in een gezondheidscentrum en in een huisartsengroepspraktijk. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 39, no.5, 142-144
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1981. Paramedische Mankracht, een cijfermatig overzicht van enkele beroepsgroepen. Instituut voor Gezondheidszorg. Katholieke Hogeschool Tilburg
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1980. Het aspect voeding in het dagelijks werk van de huisarts; zin en onzin over diëten. Geciteerd in H. Brouwer en A. Schipper: De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg
- DAMME, J. VAN en L. QUINTENS-BUCKINX - 1980. Twee jaar samenwerking huisarts-diëtist. Voeding, 41, no.12, 420-422
- DEELMAN, B.G. en E.J. BUTTER - 1984. Afasiebehandeling in Nederland. Logopedie en Foniatrie, 56, no.10, 2-5

- DIETITIANS ASSOCIATION OF AUSTRALIA - 1984. The training and work of dietitians. Toronto
- GELEUKEN, R. VAN - 1983. De diëtist in de Kruisvereniging. Scriptie Diëtistenopleiding HBO-Wachtendonck. Heerlen
- HAITSMA MULIER, P. en M. L'HOIR - 1983. Een studie naar verwijzingsstrategieën van logopedisten en hun kijk op stotteren. Logopedie en Foniatrie, 55, no.9, 270-278
- HAVINGA, M.E. - 1985. Verslag van het symposium 'De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg'. In: Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 40, no.4, 121-124
- HEYLEN, L. en M. BRIELS - 1984. Het profiel van de logopedist(e) in Vlaanderen. Tijdschrift voor Logopedie en Audiologie, 14, no.4, 188-200
- JANSSEN-BURG, G. - 1983. De plaats van de diëtist in de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg, 9, no.3, 15-16
- KONING-HAANSTRA, M. e.a. - 1985. Afasiebehandeling in Twente; ervaringen van en met een multidisciplinair afasie-team. Geciteerd in: Logopedie en Foniatrie, 56, no.10, 1984
- LAAN, J. VAN DE en M. VAN SOEST - 1984. Onderzoek naar voeding en voedingstoestand van intensief sportende diabetici in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 39, no.4, 106-115
- MARRES, E.H.M.A. - 1983. Geschiedt het onderzoek en de revalidatie van patiënten met stem-, spraak- en taalstoornissen in Nederland bevredigend? Logopedie en Foniatrie, 55, no.9, 297-300
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE - 1974. Enquête beroepsuitoefening diëtisten. Leidschendam, 1974
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE - 1980. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983. Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983a. Nota Eerstelijnszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Nota Bevoegde krachten-planning gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage
- MOLEN, H. VAN DER EN A. STOELTIE - 1983. Het dieet in het eerste halfjaar kunstnier-behandeling. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 37, no.10, 341-344
- MOLEN-WILLEBRANDS, M.E. VAN DER - 1979. De diëtist in het wijkgezondheidscentrum; wenselijkheid, taken en mogelijkheden. Afstudeerscriptie opleiding diëtetik 'Akademie de Laan'. 's-Graven-

hage

- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1981. Notitie 'Enquête deskundigheidsbe-
vordering van diëtisten in het kruiswerk'. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1982. Nota 'Functie diëtist in dienst
van de kruisvereniging'. Bunnik
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1984. Brochure 'Aantallen arbeidskrach-
ten 1984'. Bunnik
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN - 1979. Profielschets van de
Nederlandse diëtist. Oss
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN - 1980. Waar werkt de Neder-
landse diëtist? Rapport van de Commissie Arbeidsveld betreffende
een onderzoek naar het werkveld van de diëtist. Oss
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN -- 1980. Reacties op de nota's
Eerstelijns en Basisgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor
Diëtisten, 35, no.11, 437-439
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN - 1984. Enquête naar het werk-
veld van de diëtist in Nederland. Onderzoeksverslag werkgroep
'Enquête Werkveld 1983'. Oss
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN - 1984. Jaarboek Diëtist 1984.
Oss
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN - 1985. Jaarverslag 1984, Oss
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR LOGOPEDIE EN FONIATRIE - 1984. De logop-
edie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Gouda
- REINDERS, E. en Y. SCHMITZ - 1983. De diëtist in het gezondheidscent-
rum, broodnodig. Afstudeerscriptie Diëtistenopleiding HBO-Wach-
tendonck. Heerlen
- SEIDELL, J.C., J.C. BAKX, H.J.M. VAN DEN HOOGEN, e.a. - 1985. Over-
gewicht in relatie tot morbiditeit en subjectief welbevinden in
vier huisartsenpraktijken. In: W.G.W. Boerma en L. Hingstman
(red), De eerstelijns onderzocht. Deventer, Van Loghum Slaterus
- SMULDERS, K., W.A. VAN STAVEREN en J.G.A.J. HAUTVAST - 1983. De be-
handeling van overgewicht door extramuraal werkende diëtisten.
Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 38, no.4, 100-105
- STICHTING NATIONAAL CENTRUM VOOR KRUISWERK - 1976. Nota 'De diëtist
in het werk van de kruisvereniging 1976-1980.' Utrecht
- TJASSING, H. - 1985. Beleid, vertaald naar Eerstelijnsgezondheids-
zorg en de opleiding. Voordracht tijdens het symposium 'de dië-
tist in de eerstelijnsgezondheidszorg' op 5 oktober 1984 te
Groningen. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 40, no.4, 122
- VEDER-SMIT, E. - 1981. Toespraak bij de inwerkingtreding van het lo-
gopedistenbesluit. Logopedie en Foniatrie, 53, no.7/8, 341-344

- VELZEN, C. VAN - 1982. De diëtist in samenwerking. OSER-nieuwsbrief, 3, no.11, 3-5
- VERDONK, G. e.a. - 1976. Onderzoek naar dieetproblemen bij diabetici. Voeding 37, no.11, 611-619
- VLIET, P. VAN - 1977. Voornaamste verbindingslijnen met andere specialismen. Logopedie en Foniatrie, 49, no.7, 187-188
- WAAL, M. VAN DER en H. STEGEMAN - 1980. Voedingsvoorlichting aan kleuters. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 35, no.1, 10
- WESTMAAS-JES, M. - 1985. Tijdsbesteding van Friese kruisdiëtisten. Cijfers gepresenteerd tijdens het symposium 'De diëtist in de eerstelijnsgezondheidszorg' op 5 oktober 1984 te Groningen. Zie ook: Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, 40, no.4, 123

8 Algemeen maatschappelijk werk

T.J.J.M.T. Kersten

1.	INLEIDING	285
2.	HET AANBOD AAN ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK	286
	2.1. Organisatie	286
	2.2. Aantallen AMW-instellingen en maatschappelijk werkers	287
	2.3. Kenmerken van de beroepsgroep maatschappelijk werkers	290
	2.4. De geografische spreiding van maatschappelijke werkers	292
3.	TAKEN EN WERKWIJZE	294
	3.1. Taakomschrijving en taakafbakening	294
	3.2. Werkwijze	298
4.	SAMENWERKING TUSSEN AMW EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG	303
	4.1. Samenwerking algemeen	303
	4.2. Registratie van samenwerking	304
	4.3. Samenwerking en functioneren	307
5.	GEBRUIK VAN DE HULPVERLENING	311
	5.1. Clientenregistratie	311
	5.2. Aantallen cliënten	313
	5.3. Kenmerken van cliënten	315
	5.4. Onderzoek naar bepaalde categoriën cliënten	318
6.	REGELINGEN EN FINANCIERING	320
7.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	322
	LITERATUUR	324

1. INLEIDING*

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de gezinsverzorging zijn de grootste onderdelen van de sector maatschappelijke dienstverlening. Er is geen nauwe omschrijving van deze sector, maar gewoonlijk rekent men hiertoe verder hulpverlenende instanties als maatschappelijke advies- en informatiecentra, sociale raadslieden, telefonische hulpdiensten, adviesbureaus voor jeugd en gezin, en de verschillende vormen van categoriaal maatschappelijk werk (maatschappelijk werk ten behoeve van etnische minderheden en woonwageneigenaren, school- en ziekenhuis-maatschappelijk werk, etc.).

Wij houden ons hier uitsluitend bezig met het algemeen maatschappelijk werk. Afgezien van de gezinsverzorging, die elders in deze bundel aan de orde komt, is het algemeen maatschappelijk werk namelijk de belangrijkste samenwerkingspartner voor de eerstelijnsgezondheidszorg. De andere instanties op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening onderhouden veel minder intensief contact met de huisarts en wijkverpleegkundige.

In de hoofdstukken die volgen zullen we eerst ingaan op de omvang en samenstelling van de beroepsgroep maatschappelijk werkers. Vervolgens komen taken en werkwijze van het AMW aan de orde. Een apart hoofdstuk wordt gewijd aan de samenwerking tussen het AMW en de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarna zal worden ingegaan op het gebruik van de hulpverlening, en de regelingen en financieringen die een rol spelen in het AMW. Tot slot zullen we aangeven naar welke onderwerpen verder onderzoek gedaan zou kunnen worden.

In het kort zullen we hier de bestaande overzichtsliteratuur noemen op het gebied van het AMW. Een beknopt overzicht van de instellingen op het gebied van de maatschappelijke dienstverlening in Nederland is te vinden bij Roscam Abbing (1983). Boot en Knapen (1983) spitsen hun overzicht toe op het AMW en de gezinsverzorging. Ook in de Nota Eerstelijnszorg van WVC (1983) is een korte typering van het AMW te vinden. Een beschouwend artikel over de plaats en functie van het AMW is verschenen van de hand van Lems (1984). De Joint (1985b) publiceerde een brochure over de structuur en het functioneren van

* Met dank aan A.J.M. Smetsers van de JOINT (Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening) en A.J. Wijnands van het NIMAWO (Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek) voor hun kritisch commentaar.

het algemeen maatschappelijk werk onder de titel 'Algemeen maatschappelijk werk, een nadere kennismaking.' Een reader met recent onderzoek naar de hulpverlening door het AMW is gepubliceerd onder redactie van Biewenga, Ter Heine en Melief (1982). Verder is er een aantal trendrapporten verschenen. Deze rapporten geven op basis van literatuurstudie weer wat er aan kennis beschikbaar is op een bepaald gebied en wat de ontwikkelingen zijn. De rapporten dienen als hulpmiddel bij de onderzoeksprogrammering door het Programmeringscollege onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening (PCMD). 'Maatschappelijk werk in de eerstelijns' door Beljon en Geelen (1979), is een trendrapport dat we hier met name willen noemen. Het geeft namelijk een overzicht van de ontwikkelingen in en het onderzoek naar het maatschappelijk werk tot 1979. Later is dit trendrapport, voor zover het betrekking heeft op ontwikkelingen en problemen in het AMW, bewerkt en geactualiseerd door Geelen (1982).

2. HET AANBOD AAN ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK

2.1. Organisatie

Maatschappelijk werkers zijn in dienst bij instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Deze instellingen zijn opgezet als zelfstandige stichtingen met een stichtingsbestuur en een directie. Binnen de instelling zijn er zogeheten leidinggevende functionarissen die leiding geven aan uitvoerende maatschappelijk werkers. De maatschappelijk werkers van een instelling werken meestal niet allemaal op één bureau. Instellingen zijn vaak op meerdere punten bereikbaar voor cliënten. Naast de hoofdbureaus zijn er sub-bureaus (min of meer zelfstandige vestigingen van een instelling) en spreekuuradressen. Soms zijn enkele maatschappelijk werkers van een instelling gedetacheerd in een gezondheidscentrum. Ook komt het voor dat bepaalde maatschappelijk werkers van een instelling belast zijn met ziekenhuis-maatschappelijk werk of maatschappelijk werk ten behoeve van woonwagenbewoners of buitenlanders. De omvang van een instelling wordt voor een groot deel bepaald door lokale omstandigheden en historische ontwikkelingen, zodat de situatie nogal verschilt van instelling tot instelling.

De instellingen voor algemeen maatschappelijk werk zijn op landelijk niveau verenigd in de VIVAM, de Vereniging van Instellingen voor Al-

gemeen Maatschappelijk Werk. Enkele instellingen in de grote steden zijn geen lid. Zij onderhouden via het zogeheten grootstedelijke overleg contact met de overheid. Op provinciaal niveau zijn er de provinciale VIVAM-vergaderingen en provinciale bureaus voor algemeen maatschappelijk werk of zogeheten raden voor de maatschappelijke dienstverlening als service-verlenende instituten.

Het landelijk dienstverlenend instituut voor AMW-instellingen is de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening 'Joint' in 's-Hertogenbosch. Bestuurlijk is dit instituut nauw gekoppeld aan de VIVAM. De Joint is in 1974 opgericht en wordt hoofdzakelijk gesubsidieerd door het ministerie van WVC. In een brochure uit 1984 (1984c) staan de taken van de Joint als volgt aangeduid: "service-/dienstverlening, onderzoek-registratie, ontwikkelingswerk, beleidsontwikkeling/-ondersteuning, beleidsbepaling, belangenbehartiging/pleitbezorging."

Er zijn niet alleen organisaties van instellingen voor maatschappelijk werk, maar ook van maatschappelijk werkers. In Utrecht zetelt namelijk de Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers (NOW), een belangenbond van werkers in de welzijnssector die een sectie algemeen maatschappelijk werk heeft.

2.2. Aantallen AMW-instellingen en maatschappelijk werkers

Voor de omvang van het maatschappelijk werk en de samenstelling van de beroepsgroep maatschappelijk werkers, zijn er twee bronnen van landelijke cijfers. In de eerste plaats is dat het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met jaaroverzichten in het Sociaal Cultureel Kwartaalbericht. Deze gegevens zijn gebaseerd op opgaven van de AMW-instellingen, die de laatste jaren verkregen worden door middel van een schriftelijke enquête. Naast het CBS publiceert de Joint vanaf 1982 cijfers in een serie rapporten met de titel: 'Het AMW in beeld'. Ook deze cijfers worden verkregen door middel van enquêtering onder de instellingen.

Er zijn in Nederland ongeveer 180 instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. In 1982 telde het CBS in Nederland 185 instellingen (CBS, 1984a), terwijl er volgens de Joint in dat jaar 179 instellingen waren (Joint, 1984a). Het verschil tussen Joint en CBS is onder andere een gevolg van het feit dat bepaalde instellingen wel of niet als zelfstandige instelling worden geteld.

Uitgaande van een tijdreeks van het CBS (CBS, 1984b) is er een ge-

stadige afname van het aantal instellingen. In 1975 waren er nog 253; daarna is dit aantal gemiddeld met ongeveer 10 per jaar terug gelopen. Blijkens de gelijke uitkomst van de tellingen van de Joint in 1982 en 1983 (Joint 1984a en 1984b), lijkt de situatie momenteel te stabiliseren. De oorzaak van de teruggang in het aantal instellingen is vooral het fuseren van instellingen.

Blijkens gegevens van de Joint over 1983 (Joint, 1984b), is éénvierde deel van de instellingen uitsluitend gericht op algemeen maatschappelijk werk. Bij de overige instellingen is sprake van een combinatie met andere werksoorten, waaronder vooral de gezinsverzorging die bij 67% van de instellingen in dezelfde stichting is ondergebracht. CBS-gegevens (CBS, 1984a) laten nagenoeg dezelfde cijfers zien voor 1982. Uit de gegevens van de Joint is op te maken dat in 22% van de gevallen ook andere werksoorten deel uitmaken van de instelling. Het gaat dan onder andere om woonwagenwerk, sociaal cultureel werk, Jongeren Advies Centra (JAC's), adviesbureaus voor jeugdigen, FIOM's, open bejaardenwerk, etc.

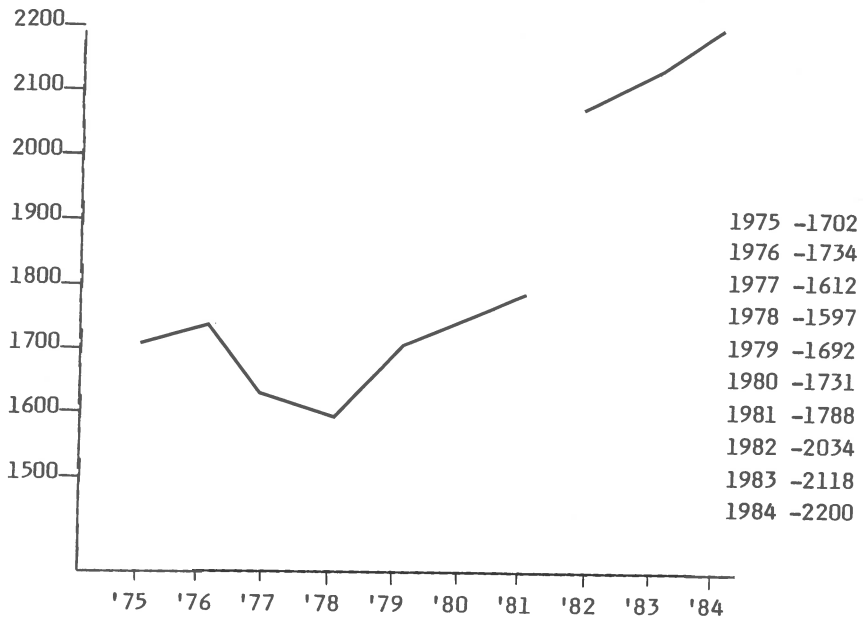
De AMW-instellingen verschillen sterk in grootte (CBS, 1984a). Hoewel bijna driekwart van de instellingen meer dan acht beroepskrachten in dienst heeft, zijn er ook instellingen - elf in getal - met drie of minder beroepskrachten; 38 instellingen hebben een bezetting van vier tot zeven beroepskrachten.

Aan de hand van figuur 1 (zie volgende pagina) zullen we de ontwikkeling in het aantal uitvoerend maatschappelijk werkers bezien tussen 1975 en 1984.

Deze figuur geeft een daling in het aantal maatschappelijk werkers aan in 1977 en 1978 als gevolg van de in 1976 ingestelde vacaturestop. Daarna stijgt het aantal weer. De sterke stijging van 1982 ten opzichte van voorgaande jaren is vooral een gevolg van een andere manier van tellen. Tot 1982 zijn er alleen cijfers bekend over de door het toenmalige ministerie van CRM gesubsidieerde arbeidsplaatsen. In 1982 is de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening in werking getreden, waardoor de subsidiëring door het Rijk is gaan plaatsvinden via de gemeenten. Met ingang van dat jaar maakt het CBS niet langer onderscheid tussen de verschillende financieringsbronnen, en worden alle arbeidsplaatsen door het CBS in de statistieken opgenomen.

De Joint (1984a, 1984b) geeft een specificatie van het aantal uitvoerend maatschappelijk werkers gefinancierd uit verschillende subsidiebronnen in termen van formatieplaatsen. In 1982 werd op een totaal van 1901 formatieplaatsen 87% gefinancierd op grond van de

Figuur 1: aantallen uitvoerend maatschappelijk werkers (exclusief leidinggevend) tussen 1975 en 1984



Bron: 1975 - 1981: CBS, 1984b.

1982: CBS, 1984a.

1983 - 1984: CBS, nog niet gepubliceerd.

rijksbijdrageregeling en de rest op grond van gemeentelijke en andere subsidieregelingen. In 1983 is het totaal aantal formatieplaatsen nagenoeg gelijk gebleven, maar is het aandeel van de rijksbijdrageregeling iets teruggelopen, namelijk tot 85 %. Voor dat jaar zijn de overige regelingen wat verder gespecificeerd in de Joint-publicatie; 6% van de formatieplaatsen blijkt gefinancierd uit gemeentelijke regelingen (minutenregeling scholen, eigen subsidie gemeenten, werkverruimende maatregel, etcetera) en 9% uit andere regelingen (arbeidsplaatsenplan ministerie van WVC, WAS-regeling, minutenregeling min. van onderwijs, kerken, etc.).

Over het totaal aantal formatieplaatsen, dat wil zeggen full-time equivalenten, zijn de verschillende bronnen het overigens niet geheel eens. De Nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983) spreekt voor 1982 over 1760 full-time formatieplaatsen voor het uitvoerend werk. Waarschijnlijk is hier een aantal subsidieregelingen buiten beschouwing

gelaten, want de Joint (1984a) komt voor hetzelfde jaar op een totaal van 1901 formatieplaatsen, waarvan 1659 op grond van de rijksbijdrage-regeling. Al met al is de conclusie dat de cijfers over het aantal formatieplaatsen niet optimaal zijn. Dat geldt temeer, omdat deze cijfers voor vroegere jaren ontbreken, zodat het nagenoeg onmogelijk is om op betrouwbare wijze een volume-groei of -daling te constateren. Het in 1982 gestarte gedecentraliseerde subsidiebeleid maakt het er voor de toekomst ook niet gemakkelijker op om het aantal formatieplaatsen vast te stellen.

2.3. Kenmerken van de beroepsgroep maatschappelijk werkers

In- en uitstroom

Er zijn geen zogeheten in- en uitstroomgegevens van de beroepsgroep van maatschappelijk werkers. Dat wil zeggen dat er geen jaarlijkse cijfers geproduceerd worden over de personen die starten en stoppen met het uitoefenen van het beroep. Ook is niet bekend hoeveel studenten die de opleiding hebben voltooid en die maatschappelijk werker willen worden, ook daadwerkelijk doordringen op de arbeidsmarkt. Wel zijn er gegevens over het aantal werkloze maatschappelijk werkers. Volgens het Districts Bureau voor de Arbeidsvoorziening van de provincie Utrecht stonden er eind juli 1985 in het hele land 9317 mensen ingeschreven bij het gewestelijk arbeidsbureau voor het beroep maatschappelijk werker. Het gaat om 3932 mannen en 5385 vrouwen. Men bedenke dat het niet alleen gaat om mensen die een baan bij het AMW zoeken, maar ook om degenen die bij een andere werksoort of instantie de functie van maatschappelijk werker willen gaan vervullen.

Geslacht

Het percentage vrouwelijke uitvoerend maatschappelijk werkers is door de jaren heen aan niet al te grote wijzigingen onderhevig (CBS, 1984b). In 1975 lag het percentage op 68%. Tussen 1977 in 1981 lag het wat lager, namelijk tussen de 61 en 62%.

De laatste jaren lijkt er weer sprake van een lichte stijging van het aandeel van de vrouwelijke maatschappelijk werkers. In 1982 ging het om 64%, in 1983 om 63% en in 1984 om 66% - deze CBS-cijfer voor 1983 en 1984 zijn nog niet gepubliceerd -. Uiteraard kan hier echter ook een rol spelen dat de cijfers vanaf 1982 niet langer alleen op de door het rijk gesubsidieerde arbeidsplaatsen betrekking hebben (vergelijk paragraaf 2.2.).

Tot nu toe is gesproken over vrouwen in uitvoerende functies. In de leidinggevende posities zijn vrouwen minder goed vertegenwoordigd. Volgens cijfers van de Joint (1984a) bedroeg het percentage vrouwen hier in 1982 34%. In 1983 is dit cijfer teruggelopen tot 27% (Joint, 1984b). De mannen zijn bij de leidinggevende functies dus duidelijk in de meerderheid.

Leeftijd

Vanaf 1982 heeft de Joint (1984a, 1984b) cijfers beschikbaar over de leeftijd van de beroepskrachten in het maatschappelijk werk. Het gaat dan dus zowel om leidinggevende als uitvoerende maatschappelijk werkers. In 1983 is 2% jonger dan 25 jaar, 15 % is tussen de 25 en 29 jaar, 47 % is tussen de 30 en de 39 jaar, en 36% is ouder dan 40 jaar.

Part-timers

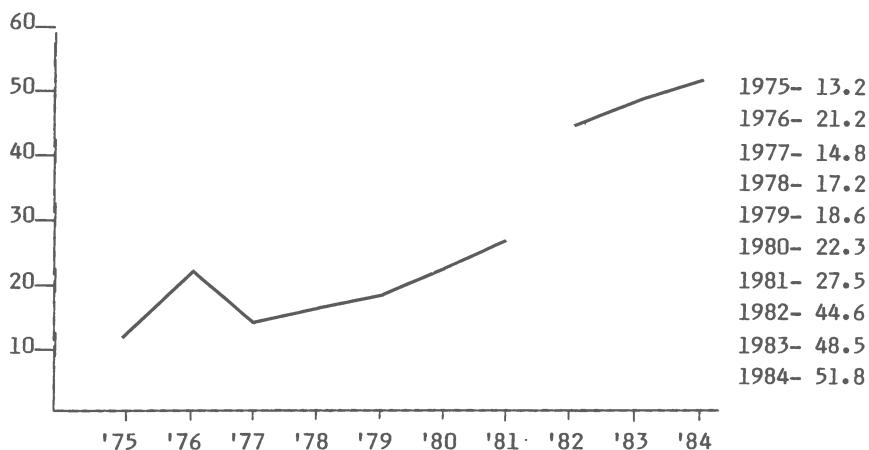
Uit figuur 2 blijkt dat vooral de laatste jaren het aantal part-time werkende uitvoerend maatschappelijk werkers sterk is toegenomen. Omdat de stijging in 1982 abrupt toeneemt, lijkt de uitbreiding van de CBS-gegevens over andere arbeidsplaatsen dan de 'gewone' door het Rijk gefinancierde plaatsen hier ook een rol te spelen (vergelijk paragraaf 2.2). Het is in elk geval als zodanig opvallend te noemen, dat iets meer dan de helft van de uitvoerend maatschappelijk werkers een part-time dienstverband heeft. In publicaties van de Joint (1984a, 1984b) is een verdere specificatie van de part-time dienstverbanden te vinden; we zullen op dat punt hier niet verder ingaan.

Opleiding

De meest gebruikelijke opleiding voor maatschappelijk werker is een vier jaar durende HBO-opleiding aan één van de 22 Sociale Academies in Nederland. Als men de opleiding niet op part-time-basis volgt, dan loopt men gedurende één van de vier jaren stage. Na de Sociale Academie kan men zich verder scholen door middel van de Voortgezette Opleiding. Dit is een twee jaar durende part-time-opleiding, die aansluit op de dagelijkse praktijk van de maatschappelijk werkers. Er zijn vijf voortgezette opleidingen in Nederland.

Om een indruk te geven van de aantallen studenten: in een tabel in de Nota 'Beroepskrachtenplanning' van het Ministerie van WVC (1985) werden voor 1982 ruim 17.000 part-time en full-time studenten aan de Sociale Academie vermeld. Uiteraard worden niet al deze studenten opgeleid voor maatschappelijk werker - precieze cijfers daarover zijn er niet - maar het geeft wel aan dat er een zeer ruime toevloed

Figuur 2 : percentages part-time (uitvoerend) maatschappelijk werkers tussen 1975 en 1984



Bron: 1975 - 1982: CBS, 1984b.

1983 - 1984: CBS, nog niet gepubliceerd.

van studenten is.

Over de geschiedenis van het AMW en het beroep van maatschappelijk werker bestaat een aantal publicaties. We volstaan hier met voor geïnteresseerden enige literatuurverwijzingen te noemen (Adriani, 1946; Van Dam, Goedmakers en Klompmaker, 1955; De Vrankrijker, 1962; Kerverzee, 1975).

Terugkomend op de opleiding van maatschappelijk werkers, kunnen we aan de hand van cijfers van de Joint (1984b) vaststellen dat tweederde deel van de maatschappelijk werkers (uitvoerend en leidinggevend) in 1983 een HBO-opleiding had. Verder had in dat jaar 23% van de beroepskrachten het diploma van de Voortgezette Opleiding en 5% was bezig om deze opleiding te volgen.

2.4. De geografische spreiding van maatschappelijk werkers

Er bestaan cijfers over het gezamenlijke aantal formatieplaatsen van uitvoerende maatschappelijk werkers per provincie. We zullen hier dan kijken naar het totaal aantal formatieplaatsen en het aantal formatieplaatsen op grond van de rijksbijdrageregeling. In tabel 1

(volgende pagina) zijn de provincies in opklimmende volgorde van 'maatschappelijk werker-dichtheid' weergegeven op basis van totaalcijfers uit 1983.

De tabel geeft aan dat er aanzienlijke verschillen zijn in het aantal inwoners per maatschappelijk werker. Met name het deel van Zuid- en Noord-Holland buiten de grote steden heeft relatief weinig maatschappelijk werkers. Dat geldt ook als we alleen kijken naar de cijfers voor de rijksbijdrageregeling. Ook valt dan op dat er niet echt essentiële veranderingen optreden in de volgorde van de provincies, als we alleen de formatieplaatsen op grond van de rijksbijdrageregeling in beschouwing nemen. - Een uitzondering hierop vormt de provincie Utrecht exclusief de stad Utrecht, die naar verhouding veel plaatsen op grond van de rijksbijdrageregeling heeft. - Dit betekent dat de andere financieringsregelingen geen nivellerende werking hebben op de 'maatschappelijk werker-dichtheid', zoals die voortvloeit uit de rijksbijdrageregeling. Dit sluit uiteraard nog niet uit dat zij in de tijd gezien een nivellerende werking hebben gehad. We maken hier immers een momentopname.

De achtergronden van de regionale verschillen in het aantal inwoners per maatschappelijk werker lijken in hoofdzaak historisch bepaald. Het gevoerde subsidiëringsbeleid van de overheid baseerde zich lange tijd op de output van AMW-instellingen, zodat in gebieden waar al veel goed functionerend maatschappelijk werk was, de aantallen maatschappelijk werkers extra gingen groeien.

Omdat het AMW vooral is voortgekomen uit het particulier initiatief van met name de confessionele stromingen, is in gebieden waar dit particuliere initiatief sterk aanwezig was van oudsher meer maatschappelijk werk. Verder speelt bijvoorbeeld een rol dat Limburg een tijd lang extra formatieplaatsen heeft gehad in het kader van het arbeidsplaatsenplan ter bestrijding van de werkloosheid.

Ongeacht de verklaring voor de verschillen in 'maatschappelijke werker-dichtheid' zou het interessant zijn om door middel van onderzoek relaties te leggen tussen het aantal beschikbare maatschappelijke werkers en indicatoren voor het probleemaanbod in een bepaalde regio. Daarbij zou dan ook de aanwezigheid van andere instanties betrokken moeten worden, namelijk die instanties die op bepaalde punten als alternatief kunnen gelden voor het AMW.

Tabel 1 : aantallen inwoners per formatieplaats van uitvoerend maatschappelijk werkers in 1983: voor alle formatieplaatsen (totaal) en voor de plaatsen op grond van de rijksbijdrageregeling (RBR)

	Totaal	RBR	Volg- orde bij RBR
Zuid-Holland (excl. R'dam/Den Haag)	11.400	12.700	1
Noord-Holland (exclusief A'dam)	9.700	11.000	2
Friesland	8.700	9.400	4
Groningen	8.300	9.900	3
Utrecht (excl. stad Utrecht)	7.800	8.400	7
Overijssel	7.600	9.000	6
Gelderland	7.600	9.200	5
De vier grote steden	7.100	7.800	8
Drente	6.700	7.500	10
Noord-Brabant	6.400	7.600	9
Limburg	6.000	6.600	12
Zeeland	5.800	6.900	11
Nederland	7.500	8.800	

Bron: Joint (1984b).

3. TAKEN EN WERKWIJZE

3.1. Taakomschrijving en taakafbakening

De taken van het algemeen maatschappelijk werk zijn door de Joint beschreven (1983b). Er wordt een onderscheid gemaakt in de volgende zeven hoofdtaken:

- procesmatige hulpverlening: het begeleiden en ondersteunen van cliënten bij psychosociale problemen, en crisisinterventie (dat wil zeggen het opvangen van noodsituaties);

- informatie en advies: wegwijs maken van cliënten met betrekking tot de sociale kaart, regelingen en procedures, en verder advisering bij materiële problematiek, zoals inkomensbesteding, huisvesting, opleiding en arbeid;
- bemiddeling en pleitbezorging: bemiddelen voor de cliënt bij organisaties en instituten en het behartigen van zijn belangen;
- verwijzing en consultatie: cliënten doorverwijzen naar de instantie waar zij het meest adequaat geholpen kunnen worden, en andere hulpverleners ondersteunen bij het vervullen van hun taak;
- concrete dienstverlening: het verrichten van handelingen in de plaats van de cliënt (budgettering, opstellen van bezwaarschriften, etcetera);
- signaleren en entameren: het opsporen en kenbaar maken van knelpunten in de samenleving en zelfhulp mee opbouwen en stimuleren;
- inschakelen en begeleiden van vrijwilligers bij de hulpverlening aan zichzelf en anderen.

Bij de Joint is van de hand van Jol en Muller (1985) een discussienota verschenen over de hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk aan bijzondere categorieën hulpvragenden. Het gaat dan bijvoorbeeld om etnische minderheden, arbeidsongeschikten en jeugdigen. De nota heeft de status van een discussienota. De definitieve standpuntbepaling over hetgeen wordt voorgesteld, zal in het najaar van 1985 plaatsvinden.

In de nota stelt men het algemene hulpaanbod van het AMW, zoals dat beschreven is in de hierboven besproken takenlijst van het algemeen maatschappelijk werk, voorop. Om deze taken zo goed mogelijk uit te voeren ten behoeve van de hele bevolking, is het soms nodig om speciale aandacht te geven aan bepaalde categorieën van hulpvragenden, zo stellen de auteurs. Het gaat dan om de hulp aan minderheden (woonwagenbewoners, mediterrane, Surinamers, etc.), de hulp aan bepaalde cliëntengroepen op basis van leeftijd, sexe, gezondheidstoestand of maatschappelijke omstandigheden (jongeren, bejaarden, arbeidsongeschikten, werklozen), en de hulp aan cliënten met een speciale problematiek (schuld-sanering, echtscheiding, eenzaamheid). Het gaat hier om taken die thuishoren bij de functie algemeen maatschappelijk werk. Daarnaast worden zogeheten 'aangehaakte' taken onderscheiden. Dit betreft taken die geëigend zijn om vanuit AMW-instellingen te worden verricht, maar die niet tot de eigenlijke takenlijst van het AMW behoren. Het gaat dan in concreto om:

- het zogeheten ingebouwde maatschappelijk werk (bijvoorbeeld: ziekenhuis-maatschappelijk werk, bedrijfsmaatschappelijk werk,

- school-maatschappelijk werk);
- maatschappelijk werk dat dient tot indicatiestelling en sociale rapportage aan derden (bijvoorbeeld in verband met de toewijzing van huisvesting, indicatiestelling bejaardenoorden);
 - het verlenen van faciliteiten (bijvoorbeeld coördinatie) aan vrijwilligersorganisaties, die zich richten op aan het AMW verwante doelstellingen.

De nota gaat in op management- en financieringsaspecten van de aangehaakte taken. Er wordt gepleit voor een soepele inpassing van de aangehaakte taken op een zodanige wijze dat in elk geval de eigenlijke AMW-taken niet in de verdrukking komen. De financiering van aangehaakte taken wil men zoveel mogelijk gescheiden houden.

Eén van de taken van maatschappelijk werkers die wat diepgaander onderzocht is, is de terminale zorg. Boerma (1982) onderzocht de rouwen stervensbegeleiding door de verschillende hulpverleners in gezondheidscentra. Uit deze studie blijkt dat maatschappelijk werkers in verhouding tot huisartsen en wijkverpleegkundigen veel minder met stervensbegeleiding te maken hebben. Maatschappelijk werkers begeleiden gemiddeld minder dan één terminale patiënt per jaar. Veel vaker zijn zij betrokken bij de rouwverwerking door nabestaanden. Als het gaat om de taakopvatting bij terminale zorg, dan blijkt dat maatschappelijk werkers zich vooral met de volgende zaken willen bezighouden: de leniging van materiële nood, het verhelpen van relationele problemen, en psychosociale begeleiding. Een ander resultaat van het onderzoek is dat maatschappelijk werkers veel meer dan andere hulpverleners vinden dat ze tekort schieten in het verlenen van stervensbegeleiding. Over de rouwbegeleiding die ze geven, zijn ze duidelijk meer tevreden. De ontevredenheid over de stervensbegeleiding schrijft Boerma toe aan het feit dat de maatschappelijk werker hier zeer afhankelijk is van huisarts en wijkverpleegkundige. Zij bepalen of de maatschappelijk werker erbij betrokken wordt.

In een recente studie onderzocht Boerma (1985) de preventieve taken van de hulpverleners in gezondheidscentra en huisarts-groepspraktijken. Maatschappelijk werkers blijken vrijwel allemaal het signaleren van ziekmakende maatschappelijke problemen tot hun taak te rekenen. Ook het begeleiden van personen met een verhoogd (psychosociaal) risico en het uitoefenen van sociale en politieke invloed rekent het merendeel van de onderzochte maatschappelijk werkers tot zijn taak. Bijna tweederde deel vindt individuele preventie van psychosociale problematiek in de eerste plaats een taak van het AMW. Aansluitend vindt driekwart van de onderzochte personen dan ook niet dat deze

preventie-activiteit meer een taak is voor de geestelijke gezondheidszorg dan voor het AMW. 40% - een minderheid van de maatschappelijk werkers die vooral bestaat uit meer ervaren hulpverleners - vindt het benaderen van personen met een verhoogd psychosociaal risico een taak voor het AMW. In het onderzoek wordt ook ingegaan op de preventie-activiteiten die maatschappelijke werkers in hun werk daadwerkelijk ontplooiën. Het gaat dan om het anticiperend begeleiden van individuen - bijvoorbeeld bij pensionering -, voorlichting in groepsverband en voorlichting door middel van geschreven stukjes in periodieken. Het overgrote deel van de maatschappelijk werkers houdt zich ook bezig met het signaleren van omstandigheden die gewoonlijk tot problemen aanleiding geven. Meestal bespreekt men dan deze zaken in het team en ook neemt men contact op met verantwoordelijke instanties.

De taakafbakening van het AMW ten opzichte van andere hulpverleners is geen eenvoudige kwestie. Doordat het AMW de functie van informatieverstrekking combineert met de meer procesmatige hulpverlening heeft het raakvlakken met tal van andere hulpverleners. Te denken valt aan instanties als de Gemeentelijke Sociale Dienst, MAI-bureaus aan de ene kant en gezinsverzorging, wijkverpleging, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, en de huisarts aan de andere kant. Bouman, Goede en Leene (1984) onderzochten de samenhang in de maatschappelijke dienstverlening in tien middelgrote gemeenten. Ze interviewden gemeentelijke functionarissen, vertegenwoordigers van verschillende instellingen op het gebied van maatschappelijke dienstverlening en cliënten. Op basis van deze interviews bestudeerden zij de afstemming tussen de verschillende lokale maatschappelijke dienstverleningsinstanties met behulp van de netwerk-theorie. De onderzoekers constateren dat het AMW van de onderzochte maatschappelijke dienstverleningsinstanties - waartoe zij ook de wijkverpleging rekenen - het minst duidelijke profiel heeft. Veel van die onduidelijkheid wordt echter gecompenseerd door samenwerking, consultering en/of verwijzing door de instellingen van het lokale dienstverlenings-netwerk. Overigens lijkt de empirische basis in dit onderzoek, althans voor het AMW, nogal smal. Er zijn slechts 29 cliënten van het AMW geïnterviewd: gescheiden vrouwen en ouderen. Bij de taakafbakening van het AMW ten opzichte van andere voorzieningen is met name ook de taakafbakening ten opzichte van de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de orde. In de bijdrage van Peters aan deze bundel over de relatie tussen de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg, wordt dieper ingegaan op deze kwestie.

Peters signaleert dat onderzoek ontbreekt naar overeenkomsten en verschillen in kenmerken van cliënten, de aangeboden problematiek en de wijze van hulpverlening. De onvergelijkbaarheid van de registratie-systemen die in de verschillende sectoren gehanteerd worden, speelt daarbij een rol. Gegevens over taakafstemming tussen het algemeen maatschappelijk werk en de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn des te meer van belang, omdat de overheid streeft naar een behandeling van 'lichtere' psychosociale problemen door eerstelijns-hulpverleners en niet door de RIAGG's. In deze visie richten deze laatste instellingen zich op de zwaardere problematiek.

3.2. Werkwijze

Tijdsbesteding

Een analyse van de tijdsbesteding in het AMW is uitgevoerd door Schreij en Van der Vorst (1980). Zij maken het onderscheid tussen direct cliëntgericht werk (de werkzaamheden die direct ten dienste staan van de hulpverlening aan cliënten), indirect cliëntgericht werk (beleid, bestuur, externe activiteiten - waaronder vooral samenwerking -, bereikbaarheid, deskundigheidsbevordering en administratie) en niet-cliantgericht werk (persoonlijke verzorging e.d.). Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de gegevens van negen AMW-instellingen die volgens de onderzoekers tezamen representatief geacht kunnen worden voor het AMW in Nederland. Zo'n 50 % van de werktijd van de maatschappelijk werkers blijkt te worden besteed aan de diverse vormen van direct cliëntgericht werk. Er is ook nagegaan hoeveel tijd de verschillende hulpverleningsactiviteiten in de categorie direct cliëntgericht werk gemiddeld in beslag nemen. Om een indruk te geven het volgende: een verwijzing kost de maatschappelijk werker gemiddeld 2.5 uur, terwijl de begeleiding van een relatieprobleem 25 uur vergt.

Eéntiende deel van het direct cliëntgerichte werk wordt besteed aan kortdurende hulpverlening, zoals informatie- en adviesverstrekking, verwijzing, bemiddeling, e.d. In het overige negentiende deel wordt gewerkt door middel van procesmatige hulpverlening. In aantallen cliënten gerekend krijgt 40% van de cliënten een kortdurende vorm van hulpverlening en in 60 % van de gevallen wordt een procesmatige vorm van hulp verleend.

Invloed op de hulpverlening

Willems (1983) deed een literatuurstudie over gebruikersparticipatie

in de hulpverlening. Het betreft hier een algemene studie op verschillende terreinen van hulpverlening, waaronder het AMW. Zijn conclusie is dat de gebruikersparticipatie in de hulpverlening nog zwak ontwikkeld is. Bestuur en management van hulpverleningsinstellingen betrekken gebruikers vrijwel niet bij hun besluiten. Op uitvoerend niveau wordt dit door de hulpverleners slechts in geringe mate gedaan. Uit beschrijving van een aantal concrete gevallen waar de gebruikersparticipatie vanuit de instelling zelf bevorderd wordt, blijkt niet dat participatie ook leidt tot zeggenschap.

Ter Heine (1981) schreef een dissertatie die betrekking heeft op het doen en laten van de maatschappelijk werker in relatie tot de verschillende categorieën van personen met wie hij te maken heeft in zijn vak: het bestuur, de directie, collega-maatschappelijk werkers en cliënten. Hij onderzoekt het gedrag van maatschappelijk werkers aan de hand van de roltheorie. Zijn werk is daardoor vooral ook wetenschappelijk interessant. Zijn bevindingen ondersteunen niet de veronderstelling dat maatschappelijk werkers zich bij hun werkzaamheden meer gelegen zouden laten liggen aan de opvattingen van collega's en cliënten dan aan de mening van het bestuur en de directie. In de praktijk blijkt dat het bestuur en de directie juist meer invloed hebben. De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op gegevens die verkregen zijn door middel van vragenlijsten en dagboekjes. Er werkten 177 maatschappelijk werkers mee van 53 instellingen uit vier verschillende provincies.

Het hulpverleningsproces

Stikker en Van Gelder (1980) analyseerden 25 hulpverleningszaken op basis van interviews met cliënten en maatschappelijk werkers. In hun rapportage beschrijven de onderzoekers zeer uitvoerig de verschillende fasen van het hulpverleningsproces, zoals die ervaren worden door cliënten en maatschappelijk werkers. Het onderzoek is ook in de eerste plaats bedoeld als beschrijving van de subjectieve ervaringen van de betrokkenen tijdens het hulpverleningsproces, en laat zich als zodanig moeilijk samenvatten.

In de bundel van Biewenga, Ter Heine en Melief (1982) hebben Stikker en Van Gelder een aantal aspecten van de studie nader uitgewerkt voor de praktijk van de hulpverlening. Wij zullen hier een greep doen uit de inzichten die de studie heeft opgeleverd. De onderzoekers wijzen erop dat vaak het verschil in motivatie wordt overschat tussen cliënten die zelf contact opnemen met het AMW en degenen die

naar het AMW verwezen worden door anderen. Ten onrechte wordt vaak verondersteld dat de laatsten minder gemotiveerd zouden zijn en dat zij zich minder bewust zouden zijn van hun problemen. In de praktijk blijkt er namelijk een aanzienlijke categorie goed gemotiveerde cliënten te zijn, die zich bewust zijn van hun problemen en die ook actief hulp zoeken, maar zich alleen wenden tot de 'verkeerde' hulpverlener en dan vervolgens verwezen worden. Verder is lang niet altijd zo duidelijk óf en door wie een cliënt verwezen is. Een andere conclusie van het onderzoek is dat het niet erg zinvol is om een strikt onderscheid te maken tussen afgesloten en afgebroken hulpverleningszaken. Er zijn vele tussenvormen en het oordeel van de maatschappelijk werker wordt op dit punt vooral beïnvloed door de wijze waarop hij in het algemeen aankijkt tegen de hulpverleningszaak; 'afgebroken' geeft dan vaak aan, dat de hulpverlener ontevreden is over de wijze waarop de zaak is afgesloten.

Fiselier (1983) schreef een proefschrift over de wijze waarop de cliënt en de maatschappelijk werker, elk vanuit hun eigen positie, aankijken tegen de hulpverlening. Een populaire samenvatting van het onderzoek is verschenen in een publicatie van de Joint (1982a), en ook in de bundel van Biewenga, Ter Heine en Melief (1982) is van de hand van de onderzoeker een op de praktijk toegespitste publicatie naar aanleiding van het onderzoek te vinden. Fiselier analyseert de mate waarin de cliënt en de maatschappelijk werker het eens zijn over de vraag welke problemen de cliënt heeft en welke vorm van hulpverlening is geboden. Verder gaat hij na in hoeverre beide partijen verschillen bij elkaar waarnemen ten aanzien van deze vragen. Ook het oordeel over de geboden hulp is voorwerp van zijn studie. Het onderzoek is gebaseerd op interviews met 148 maatschappelijk werkers en hun cliënten (één cliënt per maatschappelijk werker). De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen maatschappelijk werkers en hun cliënten. Als de cliënt één probleem heeft (in de helft van alle gevallen), dan ziet de maatschappelijk werker gemiddeld meer problemen dan de cliënt. Maatschappelijk werkers zijn meer dan cliënten geneigd om de hulpvraag te formuleren in termen van persoonlijke en relationele problemen; cliënten benadrukken daarentegen de materiële kant van hun problematiek. Maatschappelijk werkers zoeken de oorzaken van problemen meer bij de cliënten zelf, terwijl cliënten die vaker bij anderen leggen. Maatschappelijk werkers zien meestal meer dan één oorzaak van de problemen; de cliënt noemt er vaak maar één. Maatschappelijk werkers leggen bij het vaststellen van het hulpverleningsdoel meer de nadruk op veranderingen bij de cliënt zelf of op veranderin-

gen in zijn relaties met anderen; cliënten hebben daarentegen meer de behoefte aan concrete hulp en willen dat anderen veranderen. De cliënt ziet de maatschappelijk werker vooral als deskundige met betrekking tot het probleem, terwijl deze zichzelf veeleer ziet als degene die de cliënt inzicht kan geven in wat er aan de hand is met daarbij eventuele suggesties voor oplossingen. Duidelijk meer maatschappelijk werkers dan cliënten mikken als resultaat van de hulpverlening op 'beter kunnen leven met het probleem'. In het oordeel over de hulpverlening zeggen meer cliënten dat het probleem is opgelost dan maatschappelijk werkers. Omgekeerd geven meer maatschappelijk werkers dan cliënten 'beter leren leven met het probleem' aan als resultaat.

Het beeld dat uit de resultaten ontstaat laat aanzienlijke verschillen zien tussen cliënten en maatschappelijk werkers. Vreemd genoeg echter nemen zowel cliënten als maatschappelijk werkers deze verschillen maar in beperkte mate waar. Of verschillen worden waargenomen hangt vooral af van subjectieve en niet van objectieve factoren (zoals bijvoorbeeld gelijkheid van sociale klasse van maatschappelijk werker en cliënt). Dat wil zeggen dat met name voor cliënten geldt, dat ze minder verschillen zien tussen zichzelf en de hulpverlener in de omschrijving van het probleem en de hulpverleningsmethode naarmate het beter 'klikt' tussen hen en de hulpverlener. Maatschappelijk werkers en cliënten vinden in drie van de vier gevallen dat met de verleende hulp voldoende tegemoet gekomen is aan de hulpvraag. Het minst positief zijn zij over de beëindiging van de hulpverleningsrelatie; het oordeel over dit onderdeel van de hulpverlening blijkt sterk samen te hangen met het totaal-oordeel over de verleende hulp.

Melief en Blok (1981) deden een verkennend onderzoek naar de doelen die nagestreefd worden in het AMW. Bij 15 maatschappelijk werkers en 44 van hun cliënten werden gegevens verzameld aan de hand waarvan een inventarisatie gemaakt werd van de hulpverleningsdoelen in het AMW. In dezelfde lijn als Fiselier vonden zij dat maatschappelijk werkers het doel van de hulpverlening meer koppelen aan het gedrag en functioneren van de cliënten. Cliënten daarentegen willen wat vaker werken aan wat genoemd wordt hun 'zakelijke' verhouding met maatschappelijke organisaties.

Nauw aansluitend op het onderzoek van Melief en Blok werd een studie verricht door Melief en Wijnhoven-Ploeger (1981). Zij onderzochten de ervaringen met de zogeheten GAS-methode (Goal Attainment Scaling). De essentie van de methode is dat bij de aanvang van de hulpverlening in samenspraak tussen cliënt en hulpverlener een nauwe om-

schrijving van de doelen plaatsvindt, die met de hulpverlening aan de cliënt bereikt zou moeten worden. Tevens worden duidelijke criteria geformuleerd aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of de doelen ook daadwerkelijk bereikt zijn.

De GAS-methode bleek in de praktijk slechts beperkt toepasbaar te zijn, namelijk bij éénderde deel van alle hulpverleningszaken. Het gaat dan om langer durende, procesmatige vormen van hulpverlening. Praktisch bezwaar van de methode bleek vooral de omslachtigheid. Er kon niet worden nagegaan of de methode leidt tot betere behandelingsresultaten, die zouden kunnen opwegen tegen het tijdrovende karakter. De onderzoekers pleiten voor het verder experimenteren met nieuwe methodieken in het AMW.

Een beknopt overzicht van beide studies naar doelen in het AMW is gepubliceerd door Melief en Wijnands (1981).

Molleman, Krabbendam en Aukes (1985) verrichten een exploratief onderzoek naar de hulpverlening aan kankerpatiënten. Het onderzoek heeft betrekking op ziekenhuis-maatschappelijk werk en niet op algemeen maatschappelijk werk. Het onderzoek heeft echter een vrij algemene strekking, zodat we het hier toch zullen bespreken.

De onderzoekers onderscheiden vier probleemvelden bij kankerpatiënten, te weten emotionele problemen, maatschappelijke en materiële problemen, sociale problemen en cognitieve problemen (hieronder verstaat men zowel informatie-tekort met betrekking tot de ziekte als de relatie met de specialist). Van deze problemen worden de emotionele problemen als het meest ernstig beoordeeld. De maatschappelijk werker beperkt zich ten aanzien van de emotionele problemen niet tot één specifieke hulpverleningsactiviteit, zoals bijvoorbeeld het geven van ondersteuning. Voorlichten, begeleiden, inzicht geven en bemiddelen worden evenzeer gehanteerd als hulpverleningsmethode. De patiënten zijn voor het overgrote deel tevreden over het contact met de maatschappelijk werker en vinden meestal ook dat de hulp in de juiste fase van de ziekte gegeven wordt. Is men op dit punt ontevreden, dan had men al eerder hulp willen hebben. De patiënten vinden het leren praten over de ziekte en de behandeling het belangrijkste resultaat van de hulpverlening, aldus de onderzoekers.

Feitelijk gebruik van hulpverleningsmethoden

In tabel 2 is een overzicht gegeven van de frequentie van het gebruik van verschillende hulpverleningsmethoden op basis van cijfers over 1984.

Begeleiding blijkt de belangrijkste methode van hulpverlening in het AMW. De methode wordt het meest frequent gebruikt en vraagt gemid-

Tabel 2: aard en intensiteit van de hulpverlening van het Algemeen Maatschappelijk Werk

	percentage gevallen	gemiddeld aantal contacten per geval
begeleiding	46%	11.1
informatie en advies	19%	2.7
bemiddeling	14%	4.8
concrete dienst	8%	3.9
onderzoek	5%	2.1
groepswerk	4%	11.5
onbekend	5%	8.4
totaal	100%	7.5

Bron: Joint, 1985a

deld (tezamen met groepswerk, dat wil zeggen: hulpverlening aan cliënten in groepen), de meeste contacten per hulpverleningszaak. Begeleiding wordt omschreven als 'het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt, opdat de cliënt probleemoplossend bezig kan zijn'. Naast het geven van begeleiding aan cliënten, blijken vooral het verstrekken van informatie en advies en het bemiddelen voor cliënten veel gebruikte methoden van hulpverlening. Deze methoden zijn veel minder contact-intensief dan begeleiding.

Uit de gegevens van de Joint (1985a) blijkt, dat het AMW weinig cliënten doorverwijst naar andere instanties. Slechts in 15% van de hulpverleningszaken vindt er een verwijzing plaats. De belangrijkste verwijsbestemming blijkt de ambulante geestelijke gezondheidszorg, met ruim éénvijfde deel van alle verwijzingen.

4. SAMENWERKING TUSSEN AMW EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

4.1. Samenwerking algemeen

De gezondheidszorg, en dan met name de eerstelijnsgezondheidszorg, blijkt een belangrijke samenwerkingspartner voor het AMW. Dat valt

bijvoorbeeld op te maken uit cijfers van de Joint (1985a). In 60% van de hulpverleningszaken wordt door de maatschappelijk werker samengewerkt met andere instanties. De samenwerking blijkt daarbij het meest frequent plaats te vinden met de huisarts. Met hem vindt overleg plaats in 18 op de 100 gevallen waarin wordt samengewerkt. De samenwerking met de wijkverpleegkundige, fysiotherapeut en verloskundige is met twee op de 100 samenwerkingsgevallen veel minder intensief. Datzelfde geldt voor de gezins-/bejaardenverzorging met vier op de 100 gevallen van samenwerking. Na de huisarts is overigens de Gemeentelijk Sociale Dienst de belangrijkste samenwerkingspartner (tien op de 100 samenwerkingsgevallen).

De intensieve samenwerking met de huisarts blijkt tevens uit het feit, dat veel mensen contact opnemen met het AMW op initiatief van de huisarts. Cijfers van de Joint (1985a) wijzen namelijk uit, dat 40% van de cliënten van het AMW 'gestuurd' is (men zou niet gegaan zijn zonder aandrang van) door andere instanties of personen. Vervolgens blijkt dat van elke 100 cliënten die **niet** uit eigen beweging naar het AMW gaan, er 38 gaan op initiatief van de huisarts. De andere hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg sturen beduidend minder cliënten door naar het AMW: twee op de 100 'gestuurde' cliënten komen op initiatief van de wijkverpleegkundige, fysiotherapeut of verloskundige, en drie op de 100 komen via de gezins-/bejaardenverzorgster.

Al met al lijkt het binnen het samenwerkingsverband van het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg zo te zijn, dat de huisarts meestal degene is met wie de maatschappelijk werker het meest intensief contact heeft.

4.2. Registratie van samenwerking

De meest intensieve samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg is de samenwerking in gezondheidscentra. Het betreft hier een samenwerkingsverband tussen in elk geval een huisarts, wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker, dat gevestigd is in een gemeenschappelijk onderkomen. De registratie van gezondheidscentra wordt verzorgd door het NIVEL. Tabel 3 (volgende pagina) laat zien, dat er de afgelopen vijftien jaar een behoorlijk aantal gezondheidscentra is opgericht. Uit de indexcijfers (ten opzichte van het jaar 1975) is af te leiden, dat met name sinds 1977/1978 de toename van het aantal maatschappelijk werkers gestagneerd is. Als we alleen kijken naar het aantal beroeps-

Tabel 3: absolute aantallen en indexcijfers (1975:100%) voor gezondheidscentra en aldaar werkzame maatschappelijk werkenden

jaar	gezondheidscentra		maatsch.werkers		formatieplaatsen	
	abs.	indexcijfer	abs.	indexcijfer	abs.	indexcijfer
1970	3	9	4	7	3	6
1971	6	18	10	17	9	18
1972	8	23	13	22	10	20
1973	14	41	22	38	18	37
1974	21	62	38	65	30	61
1975	34	100	58	100	49	100
1976	42	123	72	124	57	116
1977	56	165	90	155	70	143
1978	73	215	114	196	82	167
1979	81	238	119	205	83	169
1980	88	259	140	241	104	212
1981	97	285	166	286	113	213
1982	107	315	181	312	123	251
1983	120	353	197	340	133	271
1984	131	385	208	359	140	286

Bron: 1970-1979: Boerma, 1980a en b

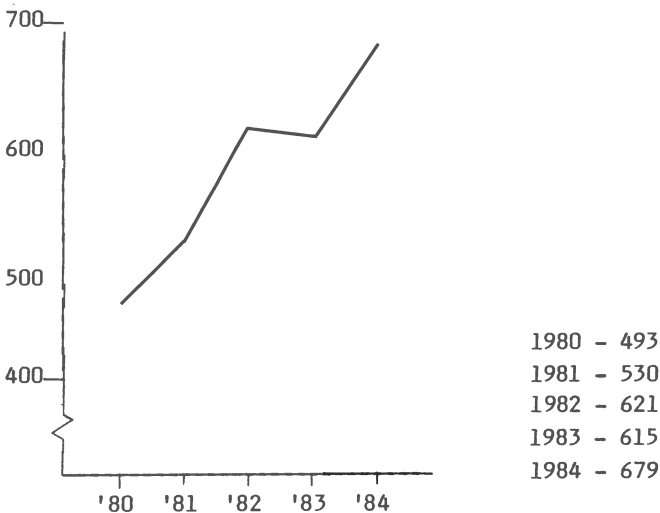
1980-1984: Boerma, 1980a en b/1981/1982/1983/1984

krachten, dan valt de achterstand nogal mee. Rekenen we echter in termen van formatieplaatsen, dan is duidelijk te zien dat wat betreft het maatschappelijk werk de groei van het aantal centra geen gelijke tred heeft gehouden met de capaciteit van de hulpverlening.

Over de aantallen home-teams (samenwerkingsverbanden van tenminste huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker zonder gemeenschappelijke huisvesting), worden landelijke cijfers gepubliceerd door het CBS. Zoals valt op te maken uit figuur 3 is het aantal home-teams, evenals het aantal gezondheidscentra, de laatste jaren sterk gegroeid. Daarbij laten we buiten beschouwing of de cijfers ook in absolute zin betrouwbaar zijn. Niet altijd is namelijk even duidelijk of de typering 'home-team' op een samenwerkingsverband van toepassing is. Daar komt nog bij, dat men sinds 1982 cijfers publiceert die betrekking hebben op een grotere groep maatschappelijk werkers (vergelijk paragraaf 2.2).

Tevens speelt hier een rol dat het CBS de gegevens verkrijgt door middel van een schriftelijke enquête onder instellingen voor AMW. De gegevens over home-teams zijn echter vaak alleen bij individuele maatschappelijk werkers precies bekend. Het NIVEL start een project voor een meer nauwgezette registratie van home-teams. Uit dit registratieproject zijn echter nog geen gegevens beschikbaar.

Figuur 3: aantal home-teams



Bron: 1980-1982: CBS, 1984b
 1983-1984: CBS, nog niet gepubliceerd

Behalve de home-teams zijn er nog andere gestructureerde vormen van samenwerking tussen het AMW en de eerstelijnsgezondheidszorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om bilateraal overleg tussen de maatschappelijk werker en een huisarts. Betrekken we ook deze samenwerkingsvormen erbij, dan heeft naar schatting 60% van alle maatschappelijk werkers een vorm van gestructureerd overleg met de eerstelijnsgezondheidszorg (vergelijk Kersten, 1985).

Op regionaal niveau is een aantal studies verricht om de eerste-eerstelijnsamenwerkingsverbanden in kaart te brengen. De resultaten van deze studies zijn vooral van belang voor de betreffende gebieden. We zullen hier volstaan met het geven van een aantal litera-

tuur-verwijzingen. Voor de provincie Limburg is er een publicatie van het Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk (1983). Van Ingen (1981) publiceerde een afzonderlijk rapport voor Midden-Limburg. Voor de provincie Groningen zijn er twee publicaties, te weten van Brinks en Vonk (1980) en van Houwing en Geertsema (1981), die tezamen een beeld geven van de eerstelijnsamenwerking in die provincie met uitzondering van de stad Groningen en Haren. Het Provinciaal Platform Samenwerking Eerste Lijn Gelderland (1982) inventariseerde de eerstelijnsamenwerking in de provincie Gelderland. Van Hout en Terra (1983) deden een (evaluatie-)onderzoek naar de samenwerking in het land van Heusden en Altena. En, tot slot, het Drents Ondersteuningsplatform ELGZ (1984) inventariseerde de eerstelijnsamenwerking in Drenthe.

Het overzicht van de regionale inventarisatie-studies maat duidelijk dat deze tezamen slechts een fragmentarisch beeld geven van de situatie in geheel Nederland. In lang niet alle provincies is de eerstelijnsamenwerking in kaart gebracht.

4.3. Samenwerking en functioneren

Naar de gevolgen van samenwerking tussen het AMW en de eerstelijnsgezondheidszorg voor het functioneren van de hulpverlening in het algemeen maatschappelijk werk is vanaf 1979 slechts één tamelijk omvangrijke studie verricht (Kersten, 1985). In dit onderzoek is nagegaan of er verschillen zijn in het functioneren van maatschappelijk werkers die wél gestructureerd samenwerken met huisarts en/of wijkverpleegkundige en andere maatschappelijk werkers, die dergelijke nauwe relaties met gezondheidszorg niet hebben. De conclusies van het onderzoek zijn gebaseerd op de analyse van cliëntenregistratie gegevens van 550 maatschappelijk werkers en verder op interviews met 15 uitvoerend maatschappelijk werkers. In het onderzoek is geen bewijs gevonden voor grote verschillen in het functioneren van wel en niet-samenwerkende maatschappelijk werkers. Samenwerkers krijgen weliswaar beduidend meer cliënten via de huisarts (20% tegenover 11% bij niet-samenwerkers) en zij onderhouden ook vaker contact met de huisarts tijdens de hulpverlening (het aantal contacten met de huisarts is bij een gestructureerde samenwerkingsrelatie praktisch dubbel zo groot: 25% tegenover 13%). Deze tamelijk voor de hand liggende verschillen lijken echter niet of nauwelijks hun weerslag te hebben op andere punten. Samenwerkers signaleren iets vaker relatieproblemen, zij hanteren wat vaker begeleiding als methode van hulp-

verlening en zij hebben wat minder uitkeringsgerechtigden onder hun cliënten. Maar deze verschillen zijn niet groot. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor verschillen in aantallen cliënten, duur en omvang van de hulpverlening en de hoeveelheid direct cliëntgericht werk.

Het onderzoeksresultaat dat Kersten vond wijkt nogal af van dat van eerdere, kleinschaliger onderzoeken, waarin wél verschillen werden gevonden.

Het gaat dan om zaken als het aantal cliënten per maatschappelijk werker, de gemiddelde duur van hulpverleningszaken en de verhouding tussen de hoeveelheid tijd die besteed wordt aan materiële en immateriële problematiek. We zullen de resultaten van drie onderzoeken successievelijk bespreken.

Crebolder (1976b) vergeleek in 1974 de registratiegegevens van maatschappelijk werkers werkzaam in twee gezondheidscentra met de gegevens van maatschappelijk werkers die vanuit hun AMW-instelling werken (de controlegroep). Hij komt tot de conclusie dat de maatschappelijk werkers in gezondheidscentra naar verhouding een groter deel van de bevolking bereiken. In beide situaties komen weliswaar ongeveer evenveel mensen op eigen initiatief naar het AMW, maar in gezondheidscentra komen meer mensen na verwijzing door hun huisarts, zodat het totaal hoger uitkomt.

Crebolder constateert verder, dat maatschappelijk werkers in gezondheidscentra relatief veel vaker procesmatige hulpverlening (begeleiding) bieden. Het aantal contacten per hulpverleningszaak is in gezondheidscentra daarentegen aanzienlijk lager dan in de controlegroep. In deze twee resultaten zit een tegenstrijdigheid, omdat men zou verwachten dat procesmatige hulpverlening juist meer contacten vergt dan de meer concrete hulpverlening, zoals informatie- en adviesverstrekking, bemiddeling, en dergelijke.

Het geringere aantal contacten in gezondheidscentra lijkt geen verband te houden met de aard van de problematiek die behandeld wordt. Het aandeel van de relationele problematiek - waarbij men een langer durende hulpverlening zou verwachten - is in gezondheidscentra namelijk eerder groter dan kleiner, vergeleken met de controlegroep. Op dit punt zijn de resultaten overigens niet geheel eenduidig en bestaan verschillen tussen de twee gezondheidscentra onderling.

Crebolder acht de belangrijkste verklaring voor het geringer aantal contacten per hulpverleningszaak, dat de cliënten in een eerder stadium met hun problemen naar het AMW komen, als gevolg van de verwijzing door de huisarts. De maatschappelijk werker kan dan ook sneller

hulp bieden.

Biewenga, Kraan en De Boer-Van Schaik (1978) hielden groepsgesprekken met medewerkers van 15 instellingen voor AMW. Zij spraken daarbij zowel met maatschappelijk werkers die niet samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg, als met maatschappelijk werkers uit home-teams en gezondheidscentra. Zij concluderen dat samenwerkers een groter aantal cliënten hebben. Samenwerking werkt drempelverlagend voor het AMW en men komt in een eerder stadium met problemen bij het AMW, zo luiden enkele andere conclusies. Verder signaleert men een taakverzwaring voor de maatschappelijk werker als gevolg van de samenwerking. De maatschappelijk werker wordt vaak belast met de organisatie van de samenwerking; men moet efficiënter en planmatiger gaan werken en ook heeft men een dubbele samenwerkingstaak: binnen de AMW-instelling en binnen het samenwerkingsverband.

De Joint (1982b) interviewde 18 samenwerkende maatschappelijk werkers en komt op grond van deze wat beperkte aanpak tot o.a. de volgende verschilpunten voor samenwerkers: aan hen wordt minder vaak hulp gevraagd bij financiële problemen; psycho-somatische klachten vormen vaker de invalshoek voor de hulpvraag; gemiddeld per jaar bereiken zij een groter aantal cliënten en de cliënten kunnen sneller geholpen worden; er ligt veel nadruk op het kunnen omgaan met de lichamelijke aspecten van probleemsituaties.

Een punt dat we hier afzonderlijk willen bespreken is de instroom van cliënten in het AMW vanuit de gezondheidszorg. Het CBS (1984b) constateert op dit punt sinds 1979 een vrij constant percentage: tussen de 20 en 23% van de cliënten neemt contact op met het AMW na verwijzing door hulpverleners uit de gezondheidszorg. De contacten op eigen initiatief zijn in de cijfers van het CBS gedurende de laatste jaren wat toegenomen van 42 naar ongeveer 50%. Het constante percentage verwijzingen via de gezondheidszorg en de toename in de contacten op eigen initiatief lijkt in tegenspraak met de stijging van het aantal maatschappelijk werkers dat in de afgelopen jaren is gaan samenwerken met de eerstelijnsgezondheidszorg. Op grond daarvan zou men ook op macro-niveau een stijging van de instroom in het AMW via de gezondheidszorg kunnen verwachten. Die stijging is er echter alleen in absolute aantallen, waarbij de instroom via de gezondheidszorg is meegegroeid met de toename van het totaal aantal cliënten dat hulp zoekt bij het AMW. De stijging in het aantal cliënten dat contact zoekt op eigen initiatief is echter zowel absoluut als

proportioneel. Dit lijkt erop te wijzen dat mensen wat gemakkelijker de weg weten te vinden naar het algemeen maatschappelijk werk.

Een belangrijke voorwaarde voor de onderlinge afstemming van de hulpverlening van het maatschappelijk werk en andere eerstelijnsdisciplines is een zoveel mogelijk gemeenschappelijk cliënten/patiëntenbestand. In de Nota Eerstelijnszorg van het Ministerie van WVC (1983) wordt gepleit voor meer samenwerking tussen voorzieningen in aaneengesloten gebieden met maximaal 30.000 inwoners en afgestemde doelpopulaties voor de verschillende disciplines met een congruentie van 80%. Dit is dus de situatie die men van overheidswege nastreeft. Over de feitelijke afstemming van werkgebieden zijn alleen cijfers bekend voor gezondheidscentra. Boerma en Groenewegen (1985) onderzochten de omstandigheden waaronder en de mate waarin maatschappelijk werkers, huisartsen en wijkverpleegkundigen in deze centra 'wijkgebonden' en '(huisarts-)praktijkgebonden' werken. Uit de resultaten blijkt, dat de maatschappelijk werkers in gezondheidscentra zich in bijna tweederde deel van de centra richten op een bepaalde wijk of kleine plaats. In 30% van de centra valt het werkgebied van het maatschappelijk werk samen met de praktijken van de huisartsen in het centrum. Dit laatste is vooral het geval als ook de huisartsen niet wijkgebonden werken. Maatschappelijk werk en wijkverpleging werken in 81% van de gezondheidscentra voor eenzelfde doelpopulatie. De onderzoekers onderscheiden drie typen gezondheidscentra. Ten eerste centra in woonkernen op het platteland en in sommige nieuwbouwwijken waar alle inwoners patiënt zijn bij één van de huisartsen in het centrum. Wijkverpleging en maatschappelijk werk richten zich dan op dezelfde populatie als de huisartsen. De tweede variant komt vooral voor in nieuwbouwwijken van steden en onderscheidt zich van het eerste type, doordat huisartsen weliswaar meer dan de helft maar niet alle inwoners uit de wijk als patiënt hebben. Het derde type gezondheidscentrum ziet men vooral in de oude, dichtbevolkte buurten van de grote steden. De patiënten van huisartsen wonen hier erg verspreid en de wijkverpleging en het maatschappelijk werk richten zich op de patiënten van de verschillende praktijken van de huisartsen in het gezondheidscentrum.

Over de gevolgen van samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg is weliswaar veel geschreven, maar de meeste stukken zijn opiniërend van karakter en stoelen niet op onderzoek. Vooral de negatieve gevolgen van samenwerking, die vaak aangeduid worden met de term 'medicalisering',

hebben de laatste jaren ruime aandacht gekregen (bijvoorbeeld: NOW, 1984; NIMAWO/NRMW, 1984; Van der Laan en Schilder, 1985). Centraal hierbij staat, dat men verwacht dat samenwerking zal resulteren in een overheersing van de maatschappelijke dienstverlening door de medische sector. Dit zou onder andere tot uitdrukking komen in een grotere nadruk bij het AMW op een individuele aanpak van problemen ten koste van het zoeken van structurele oplossingen.

De Joint is zeker geen tegenstander van samenwerking, zoals onder andere blijkt uit een discussienota over samenwerking tussen het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg (Joint, 1979). Men schrijft daar bijvoorbeeld, dat het AMW door samenwerking een bijdrage kan leveren aan de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg, en dat van samenwerking een vergroting van de bereikbaarheid van het AMW verwacht mag worden.

5. GEBRUIK VAN DE HULPVERLENING

5.1. Cliëntenregistratie

De gegevens over het gebruik van de hulpverlening die geboden wordt door het AMW, simpel gezegd de aantallen cliënten, zijn afkomstig uit de cliëntenregistratie. De meeste maatschappelijk werkers in Nederland vullen per cliënt een formulier in waarop een aantal kenmerken van de hulpvrager, de hulpvraag en de hulpverlening wordt vastgelegd. De cliëntenregistratie is ontstaan in de loop van de jaren zeventig vanuit de behoefte van de centrale overheid om een duidelijker beeld te krijgen van de hulpverlening in het AMW. AMW-instellingen werden verplicht om een aantal gegevens over te leggen over het gebruik van de zorg bij hun instelling, wilden ze in aanmerking komen voor subsidiëring. Inmiddels is deze informatie-verschaffing landelijk niet langer verplicht, omdat de subsidiëring gedecentraliseerd plaatsvindt volgens richtlijnen van de gemeentelijke overheid. De cliëntenregistratie ontmoette bij de invoering de nodige weerstand bij de instellingen en maatschappelijk werkers. Dit hield vooral verband met de angst voor de aantasting van de privacy van cliënten en een algemene aversie om de hulpverlening aan cliënten in kwantitatieve grootheden uit te drukken. De laatste jaren zijn de bezwaren tegen de cliëntenregistratie afgenomen, omdat men in het cijfermateriaal een mogelijkheid ziet om zich te 'profilieren'.

Over de cliëntenregistratie is een helder en veel omvattend rapport geschreven door De Graaf (1982). Hij gaat in op de verschillende bestaande en ook de mogelijke registratiesystemen. Hij bespreekt onder andere het zogeheten 'Groningse systeem', dat ontwikkeld is door de Projectgroep Registratie Groningen (Bolhuis, Schilder en De Vries, 1981; Veeger, De Vries, Van der Laan, e.a., 1983). Dit systeem is ontwikkeld als een alternatief voor het in de praktijk meest gebruikte 'Joint-systeem'. In het 'Groningse systeem' splitste men de registratie in een flexibel te hanteren 'instellingsspecifiek' onderdeel en een continue registratie voor het landelijk beleid. De Joint voegde in een latere versie van zijn systeem overigens ook 'instellingsspecifieke' rubrieken toe. De Graaf ziet als voornaamste verschil tussen de beide systemen, dat in het Groningse systeem in het gedeelte van de continue, landelijke registratie gegevens ontbreken over kenmerken van cliënten, aard van de hulpverlening, soort problematiek en reden van afsluiting van de hulpverlening.

De Graaf doet diverse concrete aanbevelingen om tot een verbetering van de informatieverzameling te komen. Hij pleit voor een zo gering mogelijke belasting van uitvoerend maatschappelijk werkers met registratie-taken. Globale gegevens over het AMW zouden volgens hem verkregen kunnen worden door middel van steekproefonderzoek of op basis van een analyse van tot op zekere hoogte geüniformeerde jaarverslagen van afzonderlijke instellingen. Voor allerlei specifieke vragen met betrekking tot het landelijk beleid zou gericht naar de specifieke onderzoeksmethode gezocht moeten worden die het beste bij de betreffende probleemstelling past.

Het onderzoek van De Graaf vormde één van de casestudies die gedaan zijn door Adriaansen (1985) naar de implementatie van onderzoeksresultaten. Zij komt tot de conclusie dat de belangrijkste aanbevelingen van De Graaf, namelijk de richtlijnen voor de opzet van een registratie- en informatie-systeem, niet zijn opgepakt door de beleidsmakers. Door de decentralisatie van het bestuur is de belangstelling voor het rapport volgens de onderzoekster teruggelopen. Ook is de Landelijke Koepelorganisatie voor het AMW (de Joint) door het onderzoek niet tot andere gezichtpunten gekomen met betrekking het door deze organisatie beheerde registratiesysteem.

Verhaak (1984) heeft op gedetailleerde wijze de verschillende registratiesystemen geïnventariseerd, die bij het AMW in Nederland in gebruik zijn. Er blijken elf verschillende registratieformulieren gehanteerd te worden, zodat de uniformiteit landelijk gezien veel te wensen overlaat. Het rapport van Verhaak bevat overdrukken van de verschillende formulieren. Tevens heeft hij een betrouwbaarheidsana-

lyse van het registratie-materiaal van de Joint uitgevoerd. Het resultaat hiervan wees op een redelijke betrouwbaarheid van de gegevens.

Bij de hierboven gesignaleerde diversiteit van registratiesystemen die bij het AMW in Nederland in gebruik zijn, moet worden opgemerkt dat er wel een grote groep instellingen is die het 'Joint-systeem' gebruikt. In 1983 ging het om 80 van de 179 AMW-instellingen (Joint, 1984d) en per 1 januari 1985 was dit aantal opgelopen tot 98 van de 179 instellingen (Joint, 1985a). Verder zij vermeld dat eind 1984 door de Vereniging van Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk (VIVAM) is besloten om met ingang van 1985 een aantal hulpverlenings- en cliëntgegevens op uniforme wijze te gaan verzamelen.

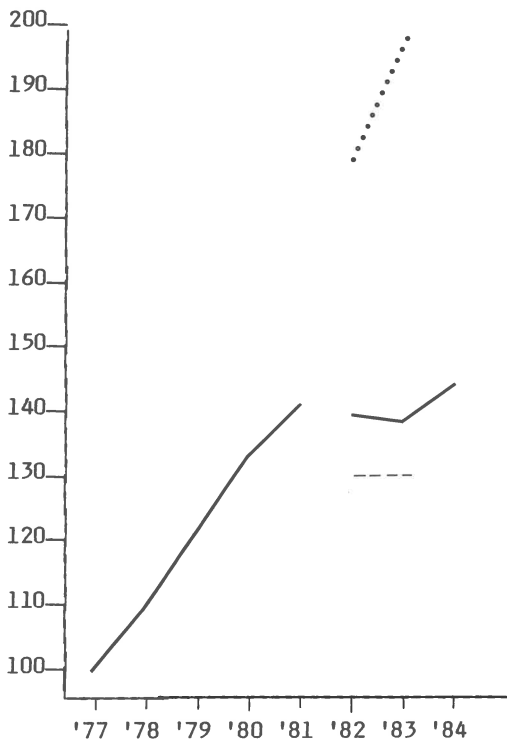
5.2. Aantallen cliënten

Gegevens over het aantal gebruikers van de hulpverlening door het AMW zijn er in termen van het aantal 'hulpeenheden'. Onder hulpeenheden verstaat men zowel individuele cliënten als ook 'cliëntsystemen', zoals bijvoorbeeld een (echt)paar, een gezin, en een ouder met kind. In figuur 4 is een tijdreeks te zien van het aantal hulpeenheden tussen 1977 en 1984.

Figuur 4 maakt in één oogopslag duidelijk dat er nogal wat onduidelijkheden zijn over het aantal hulpeenheden, dat gebruik maakt van de diensten van het AMW. Tot en met 1981 zijn er alleen cijfers van het CBS. Zij hebben niet betrekking op alle AMW instellingen. Gemiddeld genomen ontbreken gegevens van 16 instellingen, zodat ze geen compleet beeld geven. De cijfers wijzen in elk geval wel op een stijgende tendens in het aantal hulpeenheden. De Joint (1984a, 1984b) neemt tot en met 1981 de cijfers van het CBS over en publiceert daarna eigen cijfers. De cijfers zijn echter dusdanig veel hoger, dat hier niet alleen van een reële stijging sprake is. De Joint (1984b) geeft als verklaring, dat in de CBS-cijfers tot en met 1981 de aantallen 'korte contacten' niet volledig tot uitdrukking komen. Met 'korte contacten' wordt bedoeld op de hulpeenheden met wie eenmalige, kortdurende contacten plaatsvinden, die veelal gericht zijn op het verstrekken van informatie en advies.

De CBS-cijfers die hier worden gepresenteerd voor 1982 tot en met 1984 zijn niet geheel vergelijkbaar met de cijfers van andere jaren. Deze aantallen hebben namelijk op meer maatschappelijk werkers betrekking dan voorheen (vergelijk paragraaf 2.2.). Verder zijn de

Figuur 4: percentuele toename van de aantallen hulpeenheden
(1977=100%)



Bron: 1977-1981: CBS, 1984b; 1982-1984: CBS, nog niet gepubliceerd;
1982-1983: Joint, 1984b

	—	---
	CBS	Joint, incl. 'korte' contacten	Joint, excl. 'korte' contacten
1977	137.437	—	—
1978	150.080	—	—
1979	166.606	—	—
1980	183.058	—	—
1981	192.581	—	—
1982	191.614	247.000	179.000
1983	190.165	272.000	179.000
1984	198.532	—	—

cijfers opgehoogd ter correctie van ontbrekende gegevens. Als we de cijfers van het CBS overzien, dan lijkt dit al met al tot de conclusie te leiden, dat er in 1982 en 1983 een stagnatie was in de toename van het aantal hulpeenheden. Gezien het feit dat de aantallen hulpeenheden bij de Joint voor 1982 en 1983 echter veel hoger uitkomen, als alle korte contacten worden meegerekend, blijft het toch de vraag of de conclusie van een afnemende groei juist is. Voor 1982 en 1983 blijft de zaak dus onduidelijk. Uit de CBS-cijfers lijkt echter wel op te maken, dat er in 1984 een duidelijke stijging was van het aantal hulpeenheden.

Vanaf 1985 zullen de Joint en het CBS nauwer gaan samenwerken bij de verwerking van de gegevens, zodat vanaf dat jaar beter sporende cijfers verwacht mogen worden.

Uit gegevens van de Joint (1984b) blijkt een opmerkelijk verschil in het aantal hulpeenheden per uitvoerend maatschappelijk werker (formatieplaats) al naar gelang de provincie waar de hulpverlener werkzaam is. In Zeeland, Noord-Brabant en Limburg is het aantal hulpeenheden per formatieplaats beduidend hoger dan bijvoorbeeld in de provincie Groningen of Overijssel ('korte contacten' laten we daarbij buiten beschouwing). Aansluitend zien we, dat in de eerstgenoemde provincies - en ook in Drente - een groter percentage van de bevolking contact heeft met het AMW. In de vier grote steden ligt dit percentage bijvoorbeeld heel wat lager, terwijl men daar objectief gezien misschien wel de meeste 'AMW-problematiek' zou mogen verwachten. Deze verschillen in bereik van het AMW onderstrepen het belang van onderzoek naar objectieve indicatoren voor probleem aanbod en de locatie van voorzieningen.

Als we het aantal hulpeenheden, dat volgens de Joint-cijfers (1984b) contact had met het AMW, omrekenen naar het aantal personen, dan had in 1983 2.4% van de bevolking contact met het AMW. Het gaat dan om ongeveer 343.000 personen.

5.3. Kenmerken van cliënten

De Joint en het CBS publiceren beide gegevens over het gebruik van de hulpverlening in het AMW. De CBS-gegevens hebben betrekking op alle instellingen in Nederland, terwijl de Joint publiceert over instellingen die deelnemen aan het eigen registratie-systeem. In 1984 betrof dat 87 van 179 instellingen. Hoewel dus de gegevens van een aantal instellingen - onder andere uit de grote steden - ontbreken,

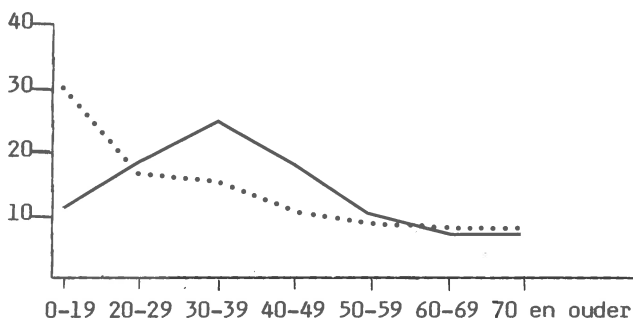
veronderstelt men dat de gegevens redelijk representatief zijn. Een globale inspectie van vergelijkbare Joint- en CBS-gegevens geeft inderdaad geen aanwijzingen dat de Joint-cijfers sterk afwijken. Omdat recentere en meer uitgebreide cijfers beschikbaar zijn van de Joint, zullen we ons hieronder bij het bespreken van de kenmerken van cliënten baseren op Joint-gegevens over 1984 (Joint, 1985a). Ter vergelijking zullen nu en dan gegevens over de hele Nederlandse bevolking gepresenteerd worden (CBS, 1984c).

Persoonskenmerken en persoonlijke omstandigheden

De cliënten van het AMW zijn voor 57% vrouwen en 43% mannen. Vrouwen doen dus vaker een beroep op het AMW dan mannen.

In figuur 5 is de percentuele leeftijdsverdeling van de cliënten in het AMW weergegeven. Ter vergelijking worden de landelijke cijfers gepresenteerd.

Figuur 5: percentuele leeftijdsverdeling van cliënten van het AMW en de landelijke bevolking



Bron: AMW-clieuten: Joint, 1985a.

Landelijk : CBS, 1984c.

	— AMW-clieuten Landelijk
0- 19	12%	30%
20-29	19%	17%
30-39	25%	16%
40-49	19%	11%
50-59	11%	10%
60-69	7%	8%
70 en ouder	7%	8%

Wat opvalt is, dat jongeren onder de 20 jaar veel minder vaak een beroep doen op het AMW dan men op grond van de landelijke cijfers zou verwachten. Naar alle waarschijnlijkheid is dit terug te voeren op het feit dat verreweg de meeste personen in deze categorie bij hun ouders of verzorgers wonen en bij problemen op hen een beroep doen.

Tussen de 30 en 50 jaar nemen beduidend meer mensen contact op met het AMW dan men op grond van hun aandeel in de landelijke bevolking zou verwachten. Op voorhand lijkt niet zonder meer duidelijk wat hier de achtergrond van is. Men zou kunnen denken aan factoren als een groter aanbod van problemen, minder alternatieve instanties of personen waarop men een beroep kan doen, een lagere drempel voor het contact met het AMW, etcetera.

Tussen de 20 en 30 jaar en na de 50 jaar is het aandeel van de betreffende cliëntengroepen in het AMW nagenoeg gelijk aan het landelijk percentage.

Van de cliënten is 52% gehuwd (landelijk 48%), 26% ongehuwd (landelijk 43%), 14% gescheiden (landelijk 3%) en 7% verweduwd (landelijk 5%). Uit de cijfers is duidelijk dat relatief meer gescheiden en minder ongehuwde mensen een beroep doen op het AMW. Voor wat betreft gescheiden mensen zal dat uiteraard terug te voeren zijn op de problematiek waar zij mee geconfronteerd worden.

Uit gegevens over de inkomenssituatie van cliënten blijkt dat ruim de helft van alle cliënten een inkomen heeft dat verkregen wordt op basis van een uitkering (12% AOW/pensioen; 12% WW/WWV/RWW/Wachtgeld; 12% WAO/AAW; 13% ABW; 5% overige uitkeringen).

Wat langer geleden analyseerde Crebolder (1976a) de verschillen tussen mensen die cliënt zijn (geweest) bij het AMW en anderen. De analyse vond plaats in het kader van een onderzoek onder een steekproef van patiënten die stonden ingeschreven bij het gezondheidscentrum Withuis in Venlo en onder een controlegroep van patiënten van solo-werkende huisartsen. Crebolder constateerde bij beide groepen als belangrijkste verschillen tussen mensen die wél en mensen die niet cliënt zijn geweest van het AMW het volgende. Mensen die gebruik maken van de diensten van het AMW zijn blijkens hun VÖEG-score (Vragenlijst Onderzoek naar de Ervaren Gezondheidstoestand) meer geneigd om spanningen om te zetten in lichamelijk onwelbevinden; zij zijn vaker ontevreden over hun eigen gezondheidstoestand; bovendien blijken zij vaker kinderen te hebben.

Uit de resultaten blijken geen significante verschillen ten aanzien van de sociaal-economische status. Gezien het grote aantal AMW-

cliënten met een uitkering, dat naar voren komt uit de boven besproken landelijke cijfers, mag dat opmerkelijk genoemd worden.

Problematiek en duur van de hulpverlening

Uit de cijfers van de Joint (1985a) blijkt, dat 46% van de problemen waarmee men bij het AMW komt valt in wat men de categorie 'problemen in verband met materiële levensomstandigheden' noemt. Het gaat dan om zaken als huisvesting (13%), inkomen (9%), gezondheid (7%) en besteding (6%). In 31% van de gevallen is sprake van relatieproblemen met de partner, ouders/kinderen, of anderen; 20% van de problemen heeft te maken met wat genoemd wordt 'het functioneren als zelfstandig individu'. Het gaat om zaken als verwerking, identiteit, psychische problemen, eenzaamheid en verslaving.

Wat betreft de duur van de hulpverlening presenteren we de volgende cijfers. In 27% van de gevallen wordt de hulpverlening binnen 4 weken afgesloten. Na een half jaar is 75% van de gevallen afgesloten en na één jaar is nog slechts 10% van de hulpverleningsepisoden niet beëindigd.

Er zijn ook gegevens over de vraag bij welke problematiek welke methode van hulpverlening wordt toegepast en hoeveel contacten met de cliënt deze hulpverlening dan in beslag neemt. Wat blijkt is, dat de categorie die hier boven is aangeduid als 'problemen met materiële levensomstandigheden' vooral benaderd wordt met informatie en advies, concrete dienst of bemiddeling. Relatief zijn hier de minste contacten voor nodig; het gemiddelde ligt rond de vijf contacten per hulpverleningszaak. Bij relatieproblemen en problemen in verband met 'het functioneren als zelfstandig individu' hanteert men hoofdzakelijk begeleiding als methode van hulpverlening. Deze beide categorieën problemen zijn ook meer contact-intensief. Bij relatieproblemen vinden gemiddeld acht contacten plaats en bij de 'individuele' problemen globaal genomen elf.

5.4. Onderzoek naar bepaalde categorieën cliënten

Jongeren

De Joint (1983a) heeft een nota geschreven over de hulpverlening vanuit het AMW aan jeugdige cliënten. Daarin worden op basis van de cliëntenregistratie-gegevens uit 1982 een aantal cijfers gepubliceerd over de problematiek en hulpverlening aan jongeren; 15% van de cliënten van het AMW is jonger dan 20 jaar, hetgeen naar schatting neerkomt op 40.000 jeugdige cliënten. Het landelijk percentage is

30%.

Driekwart van hen is cliënt als onderdeel van een cliëntensysteem, te weten het gezin, en een vierde deel meldt zich zelfstandig aan als cliënt. Van deze laatste groep wordt een aantal gegevens gepresenteerd:

- 40% is jonger dan 15 jaar;
- één op de drie is in zijn levensonderhoud afhankelijk van een sociale uitkering;
- één op de vijf heeft problemen in de relatie met zijn ouders, één op de zes heeft huisvestingsproblemen, en één op de negen heeft problemen met zijn vorming en opleiding;
- de maatschappelijk werker werkt tijdens de hulpverlening vooral samen met de Gemeentelijke Sociale Dienst, de huisarts en de school;
- één op de zes wordt vanuit het AMW doorverwezen, vooral naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de kinderbescherming en de Gemeentelijke Sociale Dienst.

In totaal waren op 31 december 1982 140 maatschappelijk werkers speciaal voor jongeren werkzaam, van wie 49% voor een deel van hun werkzaamheden.

Arbeidsongeschikten

De Jong (1984), medewerker van de Joint, publiceerde over cliënten van het AMW die afhankelijk zijn van een inkomen uit WAO of AAW, dat wil zeggen niet alleen de arbeidsongeschikten zelf, maar ook de gezinsleden die van hun inkomen afhankelijk zijn. In de jaren 1980 tot en met 1983 was gemiddeld 13% van de cliënten van het AMW afhankelijk van een inkomen uit WAO of AAW. (Van de totale bevolking heeft 15% een uitkering op basis van AAW of WAO.) Wat in de cliëntenregistratiegegevens het meest opvalt is dat deze groep over het geheel genomen niet sterk afwijkt van alle AMW-cliënten. Dat geldt voor de samenstelling naar leeftijd en geslacht, de weg waarlangs men contact opneemt met het AMW, de problematiek, de methode van hulpverlening, de duur en intensiteit van de hulpverlening, en de samenwerkingscontacten met andere hulpverleners tijdens de hulpverlening. Doordat niet duidelijk is of de WAO'er of AAW'er zelf contact opneemt met het AMW, en doordat evenmin bekend is of de problematiek waarmee men bij het AMW komt direct verband houdt met de uitkering of de handicap, blijft veel nog onduidelijk. Er wordt dan ook nader onderzoek aanbevolen.

Alleenstaanden

Op basis van registratiegegevens van het AMW in Limburg uit 1983 analyseerde Roeleveld (1985) de problematiek van alleenstaanden. 28% van de cliënten van het AMW in Limburg behoort tot de categorie alleenstaanden. Roeleveld concludeert onder andere, dat het binnen deze groep vooral de (hoog)bejaarden zijn die een beroep doen op het AMW. Verder geeft hij aan, dat één-ouder-gezinnen, en dan speciaal gescheiden vrouwen met thuiswonende kinderen, een opeenstapeling van hulpvragen hebben op materieel en immaterieel gebied.

Culturele minderheden

Muller en Jol (1985), medewerkers van de Joint, schreven een nota over de hulpverlening aan culturele minderheden vanuit het AMW. Zij geven aan dat er in 1982 82 maatschappelijk werkers waren die zich speciaal bezig hielden met de hulpverlening aan culturele minderheden. In 1983 was dit aantal 115. Op basis van gegevens van een door het Ministerie van CRM uitgevoerde enquête wordt vastgesteld, dat er in 1979 8.700 allochtone cliënten door het AMW geholpen zijn. Het gaat dan om 5.700 mediterrane en 3.000 Surinamers en Antillianen. Verder wijzen de auteurs op onderzoek waaruit blijkt dat de hulpvragen van buitenlanders vaak op het materiële vlak liggen (inkomen en huisvesting).

6. REGELINGEN EN FINANCIERING

Voor de cliënt is het AMW vrij toegankelijk en kosteloos. Voor de financiering was het AMW tot 1 januari 1982 aangewezen op twee subsidiënten, die elk ongeveer de helft van de kosten voor hun rekening namen. Het betrof hier het ministerie van CRM en de gemeentelijke overheid. CRM hanteerde de Rijkssubsidieregeling voor het Algemeen Maatschappelijk Werk, en gaf op basis daarvan goedkeuring aan een bepaalde personele bezetting van een AMW-instelling. De gemeentelijke bijdrage kwam grotendeels uit het gemeentefonds. Dit was tot 1 januari 1982 in grote lijnen de algemene situatie, waarbij zij aangekend dat er voor grootstedelijke en provinciale instellingen een extra subsidiëringmogelijkheid bestond via de Rijksbijdrageregeling voor organen van samenwerking.

Per 1 januari 1982 is de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening in werking getreden. In deze regeling is de uitvoe-

ring van het subsidiebeleid gedecentraliseerd op het niveau van de gemeenten. De gemeente stelt volgens de richtlijnen van de Rijksbijdrageregeling een subsidieverordening op voor de verschillende instellingen op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening. Eén van de voorwaarden waaraan instellingen moeten voldoen om voor subsidie in aanmerking te komen, is het opstellen van een 4-jarenplan en een jaarprogramma. De toetsing daarvan vindt primair plaats op het niveau van de gemeenten, die binnen de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening de mogelijkheid hebben om met financiën te schuiven tussen de verschillende instanties die deel uitmaken van de maatschappelijke dienstverlening. Ten opzichte van de situatie van vóór 1982 heeft de gemeente dus veel ruimere bevoegdheden.

Het ministerie van WVC levert op grond van de Rijksbijdrageregeling de helft van de gelden voor de maatschappelijke dienstverlening. De andere helft is afkomstig van de gemeenten die de benodigde gelden grotendeels put uit het gemeentefonds.

Voor de vier grote steden en meer dan 100 gemeenten die vallen onder het Besluit Proefgemeenten (cijfer afkomstig uit Joint-publicatie, 1985b) geldt niet de Rijksbijdrageregeling. Voor de vier grote gemeenten was aanvankelijk de Convenant-financieringsregeling van toepassing, maar sinds 1 januari 1984 geldt daar de Financieringsregeling Welzijnsovereenkomst vier grote gemeenten. Op basis van de Algemene Welzijnsovereenkomst is aan de betreffende gemeenten een grote mate van bevoegdheid verleend ten aanzien van de financiering van het gehele terrein van het zogeheten specifiek welzijn (sociaal-culturele activiteiten, kinderdagverblijven, emancipatiewerk, algemeen maatschappelijk werk, MAI-bureaus, telefonische hulpdiensten, vrijwilligers-centrales, kindertelefoon, etcetera).

Het huidige gedecentraliseerde subsidiebeleid ervaart men in het AMW als een onzekere financieringsbasis.

De totale kosten van het AMW bedroegen in 1983, blijkens een publicatie van de Joint (1984b) 165.7 miljoen gulden. In het 'Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' spreekt het Ministerie van WVC (1985) voor 1983 over een bedrag van 177.7 miljoen. Het gaat dan om de totale kosten van het algemeen maatschappelijk werk, MAI-bureaus en sociale raadslieden. Aangegeven wordt dat de kosten in 1983 met 5.1 % gestegen zijn ten opzichte van 1982. In 1982 was er een stijging van 11.2 % ten opzichte van het jaar daarvoor.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Maken we de balans op, dan kunnen we niet stellen dat het aanbod en gebruik van de hulpverlening in het AMW uitputtend onderzocht zijn. Weliswaar is er het nodige bekend uit gegevens van het CBS en de Joint, maar de gegevens worden vooral in constaterende zin gehanteerd. De publicaties zijn meer registrerend dan verklarend van toon. Eén van de redenen waarom men misschien wat weinig geneigd is om 'waarom-vragen' te stellen, is dat de productiecijfers van het AMW niet direct gekoppeld zijn aan de financiering van de hulpverlening. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de gezondheidszorg, waar dat ten dele wel het geval is. De maatschappelijk werker schrijft geen medicijnen voor, is geen officiële verwijzer naar de gezondheidszorg en hij brengt zijn 'behandeling' niet op basis van een duidelijk tarief in rekening bij de cliënt of de maatschappij. De vraag 'hoe kan de zorgverlening goedkoper gemaakt worden?' is in de gezondheidszorg een belangrijke inspiratiebron voor veel onderzoek, maar is in het maatschappelijk werk relatief eenvoudig te beantwoorden. Daar kan de overheid immers via het subsidiebeleid heel direct ingrijpen in het volume van de hulpverlening.

Het meeste onderzoek is verricht naar het hulpverleningsproces: de doelen van de hulpverlening, de aansluiting tussen de vraag van de cliënt en het hulpaanbod van de maatschappelijk werker, en methodische aspecten van de verschillende fasen van het hulpverleningsproces.

Onderzoek naar de gevolgen van samenwerking tussen het Algemeen Maatschappelijk Werk en de eerstelijnsgezondheidszorg is nog slechts op beperkte schaal uitgevoerd. Gezien het belang dat van overheidswege aan samenwerking binnen de eerstelijns wordt gehecht, lijkt met Rekenen we in aantallen publicaties, dan omvat het onderzoek naar het AMW sinds 1980 twee dissertaties en een twintigtal onderzoeksrapporten.

Hieronder zullen we puntsgewijs een aantal aanbevelingen doen voor verder onderzoek.

- Voor onderzoek naar het gebruik van de door het AMW geboden hulpverlening, is een landelijk uniform cliëntenregistratiesysteem zeer gewenst.
- Om een goed beeld te krijgen van de hoeveelheid door het AMW verleende hulp, is het inzichtelijk om het aantal zogeheten 'korte' contacten apart weer te geven. Deze kortdurende, meestal op informatie- en adviesverstrekking gerichte hulpverleningszaken zijn

namelijk moeilijk betrouwbaar te registreren. Een gezamenlijke presentatie van 'korte' en 'lange' contacten levert daardoor geen duidelijk overzicht op van het aantal cliënten in het AMW.

- De gemeenten kunnen binnen bepaalde grenzen autonoom beslissen over de besteding van de gelden die hen via de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening beschikbaar worden gesteld. Landelijk onderzoek is nodig om vast te stellen hoe de toewijzing voor de verschillende instanties op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening en in het bijzonder voor het AMW uitvalt.
- Onderscheiden de cliënten die via de huisarts bij het AMW komen zich in bepaalde opzichten van andere cliënten? Komen deze cliënten door de 'verwijzing' door de huisarts bijvoorbeeld in een eerder stadium met hun problemen bij het AMW?
- Welke consequenties heeft de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker voor de wijze waarop de huisarts zijn taak uitoefent? Gaat de huisarts zélf bijvoorbeeld ook meer als maatschappelijk werker functioneren?
- Een landelijke evaluatie van de samenwerking tussen het AMW en de eerstelijnsgezondheidszorg zou meer licht moeten werpen op zaken als: wat is de 'meerwaarde' van samenwerking, wat zijn de knelpunten in de samenwerking en hoe worden die opgelost, wie organiseert de samenwerking en verricht de werkzaamheden die nodig zijn om de samenwerking in stand te houden?
- Hoe functioneert de samenwerking tussen het AMW en de kruisverenigingen en wat houdt deze samenwerking in? Dezelfde vraag kan gesteld worden voor de samenwerking tussen AMW en de gezinsverzorging?
- Is er bij een zeer intensieve vorm van samenwerking tussen maatschappelijk werker en eerstelijnsgezondheidszorg, bijvoorbeeld in gezondheidscentra, sprake van een andere wijze van functioneren van de maatschappelijk werker dan bij minder intensieve samenwerkingsvormen, zoals home-teams en bilaterale samenwerkingsvormen?
- Hoe wordt op instellingsniveau vorm gegeven aan het beleid ten aanzien van samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werker? Is er überhaupt sprake van beleid of hangt veel af van toevallige omstandigheden?
- Onderscheiden de cliënten van het AMW zich van de cliënten van andere hulpverleners die zich bezighouden met gelijksoortige problematiek? Deze vraag is met name relevant voor de cliënten van AMW-instellingen en RIAGG's, maar kan ook gesteld worden ten aanzien van eerstelijns hulpverleningsinstanties. Daarbij is het ook van belang na te gaan welke factoren bepalen dat hulpzoekenden

juist bij het AMW, RIAGG, etcetera, terecht komen, en welke drempels men ten aanzien van de verschillende hulpverleningsinstanties ervaart.

- Correspondeert de allocatie van AMW-voorzieningen met de behoefte aan hulpverlening? Met andere woorden: zijn daar de meeste voorzieningen waar volgens objectieve indicatoren de hulpvraag het grootst is.

LITERATUUR

- ADRIAANSEN, A.C. - 1985. Over het effect van onderzoek: vier cases. 's-Gravenhage, Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening
- ADRIANI, J.H. - 1946. Voorlezingsen over armenzorg en maatschappelijk werk. Zutphen, Ruys
- BELJON, J. en K. GEELLEN - 1979. Maatschappelijk werk in de eerste-lijn: samenvatting van een trendrapport. Tilburg, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek
- BIEWENGA, J.H., J.R. KRAAN en C.J. DE BOER-VAN SCHAİK - 1978. Samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit het algemeen maatschappelijk werk bezien: een oriënterend onderzoek. Rijswijk, Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, Joint
- BIEWENGA, T., F. TER HEINE en W. MELIEF - 1982. Met het oog op hulpverlening: onderzoekers over maatschappelijk werk. Alphen a/d Rijn, Samsom
- BOERMA, W.G.W. - 1980a. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra, januari 1970-juli 1979. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1980b/1981/1982/1983/1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1980/1981/1982/1983/1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra: onderzoek in het kader van het project "Registratie samenwerkingsverbanden" uitgevoerd van juli tot december 1981. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking no. 4.
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Studies naar samenwerking no.8

- BOERMA, W.G.W. en P.P. GROENEWEGEN - 1985. Werkgebieden in gezondheidscentra vergeleken: wijk- of praktijkgebonden werken door huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. In: Eerstelijnszorg, onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, J. Gillissen, M.A.M. van der Togt-de Ruijt. Alphen a/d Rijn, Samsom, 4020-1 - 4020-17
- BOLHUIS, P., S. SCHILDER en O. DE VRIES - 1981. Carnaval in R.I.O.: een registratie-experiment in Groningen. Groningen, Projectgroep Registratie Groningen
- BOOT, J.M. en M.H.J.M. KNAPEN - 1983. De Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht, Het Spectrum
- BOUMAN, A., H. GOEDE en G. LEENE - 1984. Samenhang in de maatschappelijke dienstverlening: een onderzoek naar de ontwikkeling van hulpverleningsnetwerken in tien Nederlandse gemeenten. Amsterdam, VU Uitgeverij
- BRINKS, W. en B. VONK - 1980. Eerstelijnsamenwerking in de provincie Groningen, Groningen, Andragogisch Instituut. Deelonderzoek CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) - 1984a. Statistieken eerstelijns maatschappelijke dienstverlening: instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, 1982. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 6, no. 3
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) - 1984b. Kerncijfers eerstelijns maatschappelijke dienstverlening. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 6, no. 4
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) - 1984c. Statistisch zakboek 1984. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1976a. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (IV): de maatschappelijk werker en zijn werk gezien door de cliënten. Huisarts en Wetenschap, 19, no. 3, 94-102
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1976b. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (V): de maatschappelijk werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie. Huisarts en Wetenschap, 19, no.4, 145-150
- DAM, J.C. VAN, H. GOEDMAKERS en H. KLOMPMAKER - 1955. Maatschappelijk werk in historisch perspectief. Alphen a/d Rijn, Samsom
- DOEL (Drents Ondersteuningsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg) - 1984. Inventarisatie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Drenthe. Assen
- FISELIER, A.A.M. - 1983. Hulpvraag en verleende hulp: een onderzoek naar opvattingen en oordelen van hulpvragers en hulpverleners in het algemeen maatschappelijk werk. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie. Dissertatie

- GEELEN, K. - 1982. Ontwikkelingen en problemen in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Gravenhage, Vuga
- GRAAF, H. DE - 1982. Pas op je tellen: is registratie in de welzijnszorg een goede methode om informatie te verzamelen? 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- HEINE, E.J.H. TER - 1981. Analyse van rolgedrag: een toepassing op het terrein van het algemeen maatschappelijk werk. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie. Dissertatie
- HOUT, A. VAN en R. TERRA - 1983. Samenwerken in het land van Heusden en Altena: een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de geestelijke gezondheid in de eerstelijns. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Pedagogie en Andragogie
- HOUWING, J. en J. GEERTSEMA - 1981. Eerstelijns samenwerking in de provincie Groningen, Groningen, Andragogisch Instituut. Tweede deelonderzoek
- INGEN, M. VAN - 1981. Eerstelijns in Midden-Limburg: verslag van een inventarisatie van samenwerking in de eerstelijns in Midden-Limburg. Maastricht, Samenwerkingsverband Gezondheidszorg Midden-Limburg
- JOINT - 1979. Algemeen maatschappelijk werk in samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1982a. Ideeën en oordelen over hulpverlening: samenvattend verslag van een onderzoek. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1982b. Maatschappelijk werk in samenwerkingsverbanden met de eerstelijnsgezondheidszorg: een functie-verkenning. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1983a. Beleidsverkenning algemeen maatschappelijk werk en jeugdhulpverlening. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1983b. Takenlijst van het algemeen maatschappelijk werk. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1984a. Het algemeen maatschappelijk werk in beeld, 1982. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1984b. Het algemeen maatschappelijk werk in beeld, 1983. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1984c. Landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1984d. Registratiegegevens 1983. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1985a. Cliënten-registratiegegevens AMW 1984. 's-Hertogenbosch

- JOINT - 1985b. Algemeen maatschappelijk werk: een nadere kennismaking. 's-Hertogenbosch
- JOL, J. en L. MULLER - 1985. AMW-taken en bijzondere categorieën. 's-Hertogenbosch, Joint
- JONG, H. DE - 1984. Cliënten van AMW-instellingen met inkomen op basis van WAO of AAW. 's-Hertogenbosch, Joint
- KERSTEN, D. - 1985. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Eerstelijnsgezondheidszorg
- KERVERZEE, K. - 1975. Opleidingsinrichting voor sociale arbeid: school voor maatschappelijk werk, ontstaan in 1899 en ontwikkelingen tot 1945. Z.pl., z. uit
- LAAN, G. VAN DER en L. SCHILDER - 1985. De angst voor de witte jas: maatschappelijk werk en medicalisering. Marge, 9, no.1, 33-38
- LEMS, P. - 1984. Een beeld van het algemeen maatschappelijk werk. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 39, no. 5, 509-518
- MELIEF, W. en P. BLOK - 1981. Doelen zoeken in het AMW: een exploratief onderzoek. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- MELIEF, W. en N. WIJNHOFEN-PLOEGER - 1981. Ervaringen met goal attainment scaling in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- MELIEF, W. en T. WIJNANDS - 1981. Zoeken naar en werken met doelen in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1985. Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1985. Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MOLLEMAN, E., P.J. KRABBENDAM en L.C. AUKES - 1985. Hulp van maatschappelijk werk aan kankerpatiënten in een ziekenhuis. Gezondheid en Samenleving, 6, no.2, 123-129
- MULLER, L. en J. JOL - 1985. Hulpverlening aan culturele minderheden vanuit het algemeen maatschappelijk werk. 's-Hertogenbosch, Joint
- NIMAWO/NRMW (Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek/Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn) - 1984. Maatschappelijke dienstverlening op/zonder recept?: verslag van een studiedag over medicaliseringsrisico's voor maatschappelijke

- dienstverleningsvoorzieningen, nu deze tezamen met de gezondheidsvoorzieningen in één beleidskader/regie worden gebracht.
Rijswijk
- NOW (Nederlandse Organisatie van Welzijnswerkers) - 1984. Profilering en samenwerking met de eerstelijns: documentatiemap congres 13 april 1984. Utrecht
- PCMW (Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk) -1983. Inventarisatie le lijns-samenwerkingsverbanden waarbij huisartsen en maatschappelijk werkers zijn betrokken in Limburg in 1980. Roermond. Nota
- PPSEG (Provinciaal Platform Samenwerking Eerstelijns Gelderland) - 1982. Overleg en samenwerkingsverbanden in de eerstelijns in Gelderland: een inventarisatie. Arnhem
- ROELEVELD, J. - 1985. Alleenstaanden en hun problemen: een analyse uit de registratiegegevens van het AMW Limburg 1983. Infoos, no. 1 + 2, 11-14
- ROSCAM ABBING, E.W., red. - 1983. Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. 2e herz. druk. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema.
- SCHREIJ, H. en P. VAN DER VORST - 1980. Tijdnormen en tijdsbesteding in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Hertogenbosch, Joint
- STIKKER, A. en K. VAN GELDER - 1980. Verhalen van hulp: de visie van cliënten en maatschappelijk werkers op het hulpverlenersproces in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek. Band I + Band II
- VEEGER, H., W. DE VRIES en G. VAN DER LAAN e.a. - 1983. Danse Macabre: het AMW balancerend op de eerste lijn. Groningen, Projectgroep Registratie Groningen
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Vooronderzoek functioneren algemeen maatschappelijk werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VRANKRIJKER, A.C.J. DE - 1962. Volksontwikkeling, geschiedenis, en problemen van het sociaal cultureel werk in Nederland. Assen, Van Gorcum
- WILLEMS, L. - 1983. Gebruikersparticipatie in de hulpverlening: een literatuurstudie ten behoeve van een onderzoeksproject. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek.

9 Gezinsverzorging

W.G.W. Boerma

1. INLEIDING	331
2. HET AANBOD AAN GEZINSVERZORGING	333
2.1. De instellingen	334
2.2. Omvang en samenstelling van de personele bezetting	335
2.3. De verleende zorg	336
2.4. Kosten	338
3. TAKEN EN WERKWIJZE	339
3.1. Het takenpakket	339
3.2. Indicatie/intake	339
3.3. Taakuitoefening	341
3.4. Taakopvatting, arbeidsomstandigheden en tevredenheid met het werk	343
3.5. Nieuwe werkvormen	346
3.6. Samenwerking	347
4. GEBRUIK VAN GEZINSVERZORGING	348
4.1. Hulpbehoefte en achtergrond van de hulpvraag	348
4.2. Tussen vraag en toewijzing	351
4.3. De ontvangen hulp	352
4.4. De gebruikers	353
4.5. Substitutie en complementariteit	354
5. REGELINGEN EN FINANCIERING	356
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	358
LITERATUUR	359

1. INLEIDING*

Waar in huishoudens tekorten zijn of dreigen te ontstaan 'met betrekking tot de binnen die huishoudens te verrichten taken', en waar men niet in staat is hier zelf in te voorzien, daar kan men een beroep doen op een instelling voor gezinsverzorging, die 'hulp kan bieden bij de noodzakelijke verzorging van de huishouding teneinde een zo zelfstandig mogelijk functioneren van de huishoudens te bereiken of te behouden'. Zo luidt de officiële doelstelling van de gezinsverzorging (o.a. Centrale Raad voor Gezinsverzorging, verder aan te duiden als CRvG, 1983a).

Hulp van deze discipline wordt geboden in huishoudens waarin de gang van zaken verstoord is door gehele of gedeeltelijke uitschakeling van één van de leden. Anders dan bijvoorbeeld wijkverpleging, huisartsen of fysiotherapeuten is de gezinsverzorging niet gericht op het weer beter maken van degene die uitgeschakeld is, maar op het verminderen van de gevolgen voor de huishouding.

Uit de doelstelling kan men ook afleiden dat gezinsverzorging een aanvullend karakter heeft; waar de eigen mogelijkheden uitgeput zijn, wordt bijgesprongen. Huishoudens verschillen nogal in deze mogelijkheden. De historie van de gezinsverzorging laat zien dat deze ook samenhangen met maatschappelijke omstandigheden. De gezinsverzorging is ontstaan rond de eeuwwisseling, toen hechte sociale verbanden van gezin, buurt en dorp dikwijls waren verbroken als gevolg van de toegenomen mobiliteit en andere sociale veranderingen die de industrialisatie in de laatste decennia van de negentiende eeuw had teweeg gebracht. De betekenis van de gezinsverzorging, toen nog een geheel verzuild particulier initiatief, nam toe door de ontredingen van de crisisjaren en de tweede wereldoorlog. Pas daarna is de overheid zich ermee gaan bemoeien en wordt deze dienstverlening een onderdeel van de verzorgingsstaat. Door het overheidsbeleid in de jaren zeventig, dat gericht is op een stimulering van de thuiszorg ten koste van de intramurale voorzieningen (neergelegd o.a. in de Nota Bejaardenbeleid) kan de gezinsverzorging verder groeien. De economische teruggang en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen zijn in latere jaren evenwel zeer voelbaar geweest. Het beleid richt

* Met dank aan G.A.P. Rutten van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging en A.J. Wijnants van het NIMAWO voor hun kritisch commentaar.

zich nu mede op het stimuleren van zelfzorg en zorg door personen uit de naaste omgeving.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van het onderzoek dat zich vanaf 1979 op enige wijze heeft bezig gehouden met de gezinsverzorging. Van een onderzoekstraditie op dit terrein van de eerstelijnszorg kan niet gesproken worden. Een eerste inspectie lijkt weinig meer op te leveren dan gegevens uit (meestal meeromvattende) publicaties van het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Sociaal en Cultureel Planbureau. Verder zijn er ook diverse onderzoeken van NIMAWO en Centrale Raad. Wij vonden geen dissertaties over dit onderwerp. Verder zoeken levert wel een aanzienlijke hoeveelheid rapporten op waarin verslag wordt gedaan van tal van plaatselijke of regionale onderzoeken. Een groot deel daarvan is door doctoraalstudenten verricht. In de regel is aan de onderzoeksresultaten geen bredere bekendheid gegeven, bijvoorbeeld door middel van een artikel in vaktijdschriften. Misschien is dit er de oorzaak van dat de onderzoeken zo op zichzelf staan en geen gebruik maken van eerder elders verworven kennis. De algemene indruk is die van een nog niet erg samenhangende onderzoeksinspanning. Omdat grote lijnen ontbreken zijn we weinig selectief te werk gegaan; vrijwel alle publicaties die we tegen kwamen worden, hoe kort ook soms, besproken. Wel wordt uit de beschrijving duidelijk dat er aanzienlijke verschillen zijn in de kwaliteit van de onderzoeken en het belang dat aan de resultaten moeten worden toegekend.

Zoals gezegd, hebben de hier beschreven onderzoeken alle betrekking op de gezinsverzorging. Dat betekent dat we het ook over de zorg voor bejaarden zullen hebben omdat dat de grootste cliëntencategorie is; echter alleen vanuit het gezichtspunt van de gezinsverzorging. Ook is het onvermijdelijk dat raakvlakken van de gezinsverzorging op enkele plaatsen ter sprake komen: aan de ene kant de zogeheten informele zorg, aan de andere kant de bejaarden- en verpleeghuiszorg. Na deze inleiding komen in deze bijdrage de volgende thema's aan de orde. Eerst volgt een hoofdstuk waarin het aanbod wordt behandeld. Vervolgens bespreken we de wijze waarop dat aanbod in de praktijk wordt gerealiseerd. Daarna beschrijven we het onderzoek dat betrekking heeft op de vraagzijde: de verzorgingsbehoefte en het gebruik van gezinsverzorging. Het daarop volgende hoofdstuk heeft de (financiële) regelingen die in de gezinszorg van kracht zijn tot onderwerp. De bijdrage wordt besloten met enkele conclusies en een aanduiding van de leemten in het onderzoek met betrekking tot deze discipline.

2. HET AANBOD AAN GEZINSVERZORGING

Gezinsverzorging wordt verleend vanuit een groot aantal plaatselijke en regionale instellingen. De uitvoerende werkzaamheden worden, afhankelijk van de benodigde hulp verleend door een medewerker van een passend kwalificatieniveau. Zo wordt er in bepaalde situaties met bijzondere problematiek doorgaans een gespecialiseerde gezinsverzorgende ingezet. Verder zijn er gezins- en bejaardenverzorgenden, gezins- en bejaardenhelpenden en zogeheten alpha-hulpen (CRvG 1983a en 1984a). De indruk bestaat dat deze indeling bij de indicatiestelling wèl, maar in de uitvoering niet overal precies zo wordt aangehouden; in de praktijk wordt niet altijd het verschil gemaakt tussen gezins- en bejaardenverzorgende (c.q. -helpende). In het eindrapport van een functie-analyse-onderzoek wordt bovendien gesteld dat het onderscheid helpende-verzorgende, gebaseerd op het diploma-bezit, niet relevant meer is. Er worden vijf functies, afgeleid van vijf hulpcategorieën onderscheiden en beschreven: assisterend helpende, helpende, verzorgingshulp, verzorgende en gespecialiseerd verzorgende (Twijnstra Gudde, CRvG, 1984). De Rijkssubsidieregeling, waarover later meer, onderscheidt de volgende vormen van hulpverlening (WVC, 1985):

- a. Hulp bij cliënten thuis, door een bij de instelling in dienst zijnde uitvoerende. Deze hulp kan één of meer halve dagen per week gegeven worden (het traditionele standaardpakket) of op meer dagen per week telkens gedurende een korte tijd per dag (de zogeheten wijkgezins- of -bejaardenzorg). Steeds meer instellingen gaan over tot de mogelijkheid van hulpverlening in de avonden en gedurende het weekend (waaronder 7x24-uursbereikbaarheid/beschikbaarheid).
- b. Hulp bij cliënten thuis door vanwege de instelling geselecteerde en 'bemiddelde' uitvoerende krachten: de zogeheten alpha-hulpverlening. Deze vorm geldt alleen voor die gevallen waarin uitsluitend huishoudelijke hulp geïndiceerd is, gedurende maximaal 12 uur per week op ten hoogste twee dagen, en waarbij de cliënt in staat en bereid is als werkgever op te treden. Alpha-hulpen hebben dus geen dienstverband met de instelling; deze bemiddelt slechts.
- c. Opvang van en de daarmee samenhangende hulpverlening aan kinderen gedurende de dag in een accommodatie van de instelling (het zogeheten centrum voor gezinsverzorging) door bij de instelling in dienst zijnde uitvoerende krachten.

d. Opvang van kinderen gedurende de dag in door de instelling geselecteerde en bemiddelde gastgezinnen.

Bij de onder c en d genoemde mogelijkheden geldt dat het om onvrijwillige uitval van een gezinslid moet gaan. Het zijn twee werkvormen die nog maar kort geleden in de nieuwe subsidieregeling gezinsverzorging opgenomen zijn.

Nadat een aanvraag om hulp is ontvangen, stelt de instelling eerst een onderzoek in naar de eigen mogelijkheden van het cliëntstelsel voor wat betreft het lichamelijk vermogen, het regelvermogen en de redzaamheid. Op grond daarvan worden de aard (kwaliteit) en de omvang van de te verlenen hulp vastgesteld. Om de indicatieprocedure zo objectief mogelijk en voor ieder gelijk te doen zijn is daarvoor een systeem ontwikkeld dat bekend staat onder de naam LIER-systeem (Landelijk Indicatie En Registratiesysteem). De registratie bevat per aanvraag gegevens over gezin, reden van het verzoek, gegevens over de eigen bijdrage (dus ook de financiële draagkracht), indicaties over de drie genoemde vermogens, de uit te voeren taken door leidinggevende en uitvoerende, het toegewezen aantal uren en eventuele aandachtspunten (CRvG, 1982a). We komen nog terug op het LIER-systeem.

2.1. De instellingen

Door de tenminste viermaal per jaar verschijnende Informatiebulletins van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging zijn per provincie en instellingencategorie steeds actuele cijfers beschikbaar over onder andere aantal en aard van de instellingen, personele bezetting, geholpen cliënten, urenverbruik, kosten en inkomsten en dergelijke.

Per eind 1984 waren er 239 instellingen voor gezinsverzorging in Nederland. Het merendeel daarvan heeft de status van A- (aangewezen) instelling, namelijk 192 (CRvG, 1985). Het aantal instellingen is in het verleden veel groter geweest: in 1962 waren het er 970, in 1970 nog 500. De schaalvergroting was mede het gevolg van overheidsdrang tot meer doelmatigheid. Bij de wijziging van de subsidieregeling in 1967 konden instellingen de (gunstiger) A-status krijgen als ze voldeden aan voorwaarden betreffende omvang en kwaliteit (CRvG, 1983a). Uit een CBS-enquête bij de instellingen weten we dat relatief de meeste niet-A-instellingen zich in de provincies Groningen, Friesland en Noord-Holland bevinden. Het percentage van deze instellingen daalt geleidelijk (CBS, 1984). Uit dezelfde bron komt het ge-

geven dat per eind 1981 62% van de A-instellingen (dat is de helft van het totaal) naast gezinsverzorging nog een andere werkvorm heeft; doorgaans algemeen maatschappelijk werk. Dat er steeds minder kleine instellingen zijn blijkt ook uit de daling van het percentage instellingen met minder dan 100 uitvoerende krachten; in één jaar van 51% naar 38%. Negen procent heeft meer dan 250 uitvoerenden (omgerekend op full-time basis).

2.2. Omvang en samenstelling van de personele bezetting

De gezinsverzorging biedt aan zeer velen werk. In onderstaande tabel hebben we cijfers verwerkt van de Informatiebulletins nr. 11 en nr. 19 van de Centrale Raad respectievelijk per eind 1981 en midden 1984.

Tabel 1: personele bezetting van de instellingen voor gezinsverzorging in 1981 en 1984

categorie	eind 1981		midden 1984	
	absoluut	in hele arb. plaatsen	absoluut	in hele arb. plaatsen
uitvoerenden (excl. alpha-hulpen)	87.530	34.836	79.903	30.407
leidinggevenden management/administr.	6.039	4.988	5.824	4.654
totaal	93.569	39.824	85.727	35.061

Bronnen: CRvG 1982b en 1984a.

Blijkens dezelfde bronnen waren er in 1981 18.233 alpha-hulpen, tegen 38.469 in 1984. Tellen we deze mee dan komen we op een totale bezetting van ruim 111.000 in 1981 en ruim 124.000 in 1984. De zogenaamde traditionele hulpverleners (dus niet-alpha) zijn met 8,4% in aantal verminderd, in hele arbeidsplaatsen met 12%.

2.3. De verleende zorg

Cijfers in het Informatiebulletin nr. 21 (CRvG, 1985) stellen ons in staat het volgende overzicht te maken van de verdeling van de zogeheten productieve uren (exclusief ziekte, vakantie en dergelijke) over de traditionele- en de alpha-hulpverlening.

Tabel 2: productieve uren (x 1000) in de traditionele en de alpha-hulpverlening 1980-1984

soort hulp	1980	1981	1982	1983	1984
traditionele (abs.)	51.202	52.656	49.338	45.815	45.856
index (1980=100)	100	103	96	89	90
alpha (abs.)	2.358	3.952	6.102	7.236	7.993
index (1980=100)	100	168	259	307	339
% van totaal	4,4	7,0	11,0	13,6	14,8
totaal	52.560	56.608	55.440	53.051	53.858
index (1980=100)	100	108	105	101	102

Bron: CRvG 1985.

Het traditionele hulpverleningsvolume heeft zich de afgelopen jaren niet kunnen handhaven; het ligt eind 1984 10% lager dan vier jaar daarvoor. De alpha-hulpverlening is in die periode daarentegen meer dan verdrievoudigd. In 1980 zat nog maar 4,4% van het totaal aantal uren in deze categorie; in 1984 is dat bijna 15%. Het totale volume is ongeveer gelijk gebleven. Het aantal instellingen dat alpha-hulp in het 'pakket' heeft is de afgelopen jaren ook flink toegenomen. In de CBS-enquête (CBS, 1984) komen we per eind 1981 deze vorm tegen bij bijna tweederde van de instellingen; eind 1984 bij 85%. We zien dus dat de instellingen de afgelopen jaren een verschuiving in het hulpverleningsaanbod tot stand hebben gebracht van de traditionele naar de minder intensieve en goedkopere alpha-hulpverlening. Hierbij moet worden aangetekend dat de traditionele hulpverlening te maken heeft gekregen met een zwaardere indicatie; zo wordt in toenemende mate ook hulp verleend buiten kantooruren. Het is wel zeker dat de vermindering van de traditionele hulpverlening een gevolg is van de bezuinigingen die in de gezinsverzorging hebben plaats gehad. Uit een (actie)onderzoek bij Amsterdamse instellingen naar de effecten

van de bezuinigingen blijkt dat instellingen deze verschillend opvangen. Eén van de maatregelen is het inzetten van meer alpha-hulp ten koste van traditionele hulp. Verder zijn er vacaturestops, inkrimping door natuurlijk verloop, werktijdverkorting, terugdringen van het ziekteverzuim, het inleveren van formatieplaatsen en het automatiseren van de administratie (Blom, Van Dijk, Jansen e.a., 1984). De meeste van deze maatregelen betekenen een verschuiving van het aanbod. Ook een onderzoek in Nijmegen signaleert dit. Tussen 1977 en 1979 liep het aantal uren met 15% terug, en werden 4% minder cliënten geholpen (vooral minder hulp aan bejaarde vrouwen en bejaarde echtparen) (GSD/Instellingen voor gezinszorg en bejaardenhulp, 1980). Een onderzoek van het NIMAWO, waarin een schatting gemaakt wordt van de gevolgen van een fictieve bezuinigingsoperatie in enkele instellingen, komt tot de slotsom dat verdere bezuiniging niet zal leiden tot grote organisatorische veranderingen maar wel tot taakverzwaring. Men zal vooral de directe kosten trachten te drukken (meer alpha-uren in plaats van traditionele; alpha-clieñten overhevelen naar de particuliere hulp en inlevering van urenoverschotten). Terugdringen van het ziekteverzuim lijkt weinig op te leveren. Van (duurdere) nieuwe werkvormen wordt afgezien (Goewie, 1984).

Nog steeds is het hulpaanbod zich aan het vernieuwen. Door een zwaar accent op de langdurige hulp raakt de gezinsverzorging verstopt, waardoor er te weinig ruimte overblijft voor gevallen die korte tijd hulp nodig hebben. Nieuwe werkvormen zijn ontwikkeld en worden op vrij grote schaal beproefd. Zo is er de wijkgezins- en bejaardenverzorging waarbij de hulp niet in dagdelen wordt gedoseerd maar in uren, zodat meer cliënten meer afgestemd op de hulpbehoefte geholpen kunnen worden. Een andere vernieuwing, die nogal wat van de organisatie vergt, is de 7x24 uursdienst. Hierbij zijn helpsters en verzorgsters (al dan niet op afroep) beschikbaar, ook 's avonds en in de weekends. De bedoeling van de nieuwe werkvormen is een betere aansluiting mogelijk te maken op de specifieke behoeften van de cliënt, en de inzetbaarheid te versoepelen. Zie voor een overzicht van deze werkdifferentiatie en de mate waarin hij ingang heeft gevonden Frijda (1984).

In 1984 werd hulp geboden aan 184.401 cliënten, dat is 3,5% meer dan het jaar daarvoor. Bijna een kwart daarvan werd door alpha-hulpen bediend. Het gemiddeld aantal alpha-uren per cliënt bedroeg ruim 16; de traditionele hulp gaf gemiddeld 27 uur per cliënt per vier weken (CRvG, 1985). Uit hetzelfde Informatiebulletin komen de gegevens uit tabel 3 (zie volgende pagina).

Tabel 3: aanbod van gezinsverzorging naar cliënt-categorie, 1984

cliënt-categorie	% van totaal aantal cliënten	% van totaal aantal prod. uren
bejaarden	72	57
chronisch zieken	13	17
overigen	15	26
totaal	100	100

Bron: CRvG 1985.

Bijna driekwart van de cliënten is ouder dan 65 jaar; 13% betreft hulpverlening van langdurige aard aan niet-bejaarden. De zorg voor bejaarden vraagt relatief minder uren dan die voor beide andere categorieën cliënten.

De CBS-statistiek van de gezinsverzorging en gezinshulp geeft per eind 1981 het gemiddeld aantal gevallen van hulp. Dit bedraagt per 1000 bejaarden 81,9 en voor 1000 niet-bejaarden 6,3. Provincies blijken hierin onderling aanzienlijk te verschillen, evenals in het aantal bestede uren per 100 inwoners (CBS, 1984).

2.4. Kosten

De gezinsverzorging heeft in 1984 ruim anderhalf miljard gulden gekost; 1.415 miljoen voor de traditionele hulp (bijna 1% minder dan in 1983) en 92 miljoen voor de alpha-hulp (ongeveer 11% meer dan in 1983). De totale personeelskosten bedragen 91% van dit bedrag; de rest is voor huisvesting, apparaatskosten, vervoer en dergelijke. De prijs per uur bedraagt in 1984 ruim f 22,- voor de traditionele hulpverlening en bijna f 11,- voor de alpha-hulpverlening. Bij de traditionele hulpverlening wordt bijna 90% hiervan gedekt door subsidie; bij de alpha-hulp is dat 73% (bron: CRvG, 1985).

3. TAKEN EN WERKWIJZE

In dit hoofdstuk beschrijven we kort wat de taken zijn van de gezinsverzorging; daarna besteden we aandacht aan onderzoeken die betrekking hebben op de wijze waarop die taken in de praktijk worden uitgevoerd en de factoren die daarop invloed hebben.

3.1. Het takenpakket

De te verrichten werkzaamheden in de gezinsverzorging zijn in drie categorieën te rangschikken: huishoudelijke, verzorgende en begeleidende. Ook in het nieuwe indicatie- en registratiesysteem (LIER), dat sinds een aantal jaren wordt gebruikt als hulpmiddel bij de indicatiestelling, wordt dit onderscheid gemaakt (CRvG, 1984a). We lichten de drie groepen hier met enkele voorbeelden toe, ontleend aan de classificatie van het LIER-systeem.

a. **huishoudelijk** verzorgende taken: bijvoorbeeld maaltijdverzorging, verzorging van kleding en linnegoed, huis(raad) onderhouden, boodschappen doen, planten en huisdieren verzorgen, organiseren van de huishouding;

b. **verzorgende** hulp: bijvoorbeeld het verzorgen van kinderen en volwassenen, toezien dat medische voorschriften worden opgevolgd, begeleiden naar arts;

c. **begeleidend/sociaal**: bijvoorbeeld regelen van administratie en financiën, het bezighouden en 'opvoeden' van kinderen, sfeer scheppen/gastvrouw zijn, observeren, luisteren en steunen.

3.2. Indicatie/intake

Bij de zogeheten intake wordt een eerste contact gelegd met de hulpvrager. In dat gesprek wordt beoordeeld wat de eigen mogelijkheden zijn van de cliënt. Op grond van dit onderzoek, waarbij de landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling, zoals neergelegd in de subsidieregeling, gerespecteerd dienen te worden, wordt bepaald of de aanvraag gehonoreerd wordt, welke soort hulp geboden wordt en voor hoeveel uren per week.

Uit de eerder genoemde CBS-enquête bij de instellingen weten we dat er eind 1981 in 26% van de instellingen sprake was van een centrale intake; dat wil zeggen dat één of enkele leidinggevenden zijn vrij-

gesteld voor het beoordelen van de aanvragen.

In een verkennend onderzoek bij 10 instellingen door Huzen en Coolen (1983) bleek een redelijke mate van overeenstemming over het indicatiecriterium 'onvermogen tot een zelfstandig huishouden'. Minder overeenstemming was er met betrekking tot de toegepaste procedurele regels en hulpmiddelen. Wat de hoeveelheid geïndiceerde hulp betreft was er veel overeenstemming bij lichte en weinig bij de zware gevallen. Ondanks het gebruik van één uniform indicatiesysteem bleef er ruimte voor een uiteenlopend oordeel.

Een landelijk onderzoek van het CBS werpt wat meer licht op de gang van zaken tussen het aanvragen en het krijgen van hulp (CBS, 1982). Van 28 september tot 25 oktober 1980 werd 10% van de cliënten uit die periode geëquateurd. Van de ontvangen en openstaande aanvragen was 10% nog niet geïndiceerd, 7% inmiddels al weer ingetrokken, 4% afgewezen en 79% positief geïndiceerd. Van deze positief beoordeelde aanvragen was 41% al gehonoreerd en wachtte de rest nog op hulp. Regio's en gemeenten gaven een verschillend beeld te zien: in het Westen was een groter deel nog niet geïndiceerd; in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht wachtte een groter deel van de 'positieven' nog op de hulp.

Ook bleek de verleende inzet van hulpverleners niet altijd overeen te komen met de indicatie. In het algemeen werden lager gekwalificeerde krachten ingezet dan geïndiceerd was. Voor het aantal verleende uren geldt iets soortgelijks: dat viel 11% lager uit.

In 43% van de gevallen werd hulp uit één taakgebied (bijna altijd huishoudelijk) voldoende geacht; een kwart van de gevallen kreeg (ook) verzorgende hulp en 46% (ook) begeleiding.

Een aanzienlijk deel van de cliënten (45%) heeft al drie jaar of langer hulp; dit zijn veelal bejaarden. Bij 15% is dat 1 à 2 jaar; 13% een half tot een heel jaar; 14% één tot zes maanden en 5% heeft ten hoogste een maand hulp.

Een kwart van de aanvragers krijgt onmiddellijk hulp, 36% moet maximaal twee weken wachten, 15% twee weken tot een maand en de rest langer. Tot zover dit CBS-onderzoek.

In Den Haag lijken de wachttijden wat langer te zijn. In een onderzoek onder 200 cliënten (2/3 respons) van één instelling bleek 29% minder dan twee weken te moeten wachten op de hulp, 33% twee tot vier weken en 38% een maand of langer. Op alpha-hulp moest in de regel het langst gewacht worden (Van der Velde en Appelo, 1982). Het zou dus kunnen zijn dat deze gegevens per instelling nogal kunnen verschillen, afhankelijk van het aantal en de aard van de hulpvragen en de beschikbare personele capaciteit.

3.3. Taakuitoefening

We gaven hiervoor al wat informatie over de aard van de toegekende hulp. De bron bij uitstek om hierover gedetailleerder en recenter gegevens te verschaffen is het LIER-systeem, dat momenteel wordt ingevoerd. In Informatiebulletin 19 (CRvG, 1984a) staat een eerste uitdraai van een aantal gegevens betreffende negen (Limburgse) instellingen met 5500 cliënten. Hoewel deze instellingen niet representatief zijn voor het geheel, vatten we hier enkele resultaten samen. Van de huishoudelijk verzorgende taken wordt het onderhoud aan huis en huisraad vrijwel altijd geïndiceerd. Ook het verzorgen van kleding en linnengoed scoort met 72% hoog. Andere percentages uit deze groep zijn: 36% boodschappen doen, 35% organisatie van de huishouding en 30% maaltijd-verzorging. In de categorie verzorging scoort het verzorgen van volwassenen en kinderen met 20% het hoogst. De grote nadruk op de huishoudelijke taken blijkt ook uit de combinaties van taakgebieden die zijn geïndiceerd. In 43% van de gevallen werd alleen huishoudelijke hulp nodig geacht (dat komt overeen met het percentage in het CBS-instellingen-onderzoek). Een derde van de gehonoreerde aanvragers krijgt huishoudelijke en begeleidende hulp, 21% huishoudelijke, verzorgende en begeleidende en 3% huishoudelijke en verzorgende hulp.

Bijna de helft van de cliënten krijgt twee maal in de week hulp; bijna een kwart één maal, 18% drie maal en de rest vier of vijf maal. Uit de gegevens blijkt hoegenaamd geen discrepantie tussen indicatie en toewijzing.

Afhankelijk van de hulpbehoefte van de cliënt worden minder of meer gekwalificeerde krachten ingezet. Tabel 4 (zie volgende pagina) geeft een overzicht.

Gezinshelpenden en alpha-hulpen nemen het leeuwedeel van de cliënten voor hun rekening. De meer gekwalificeerde krachten werken voor weinig cliënten, maar het gemiddeld aantal hulpuren is het hoogst.

Uit vergelijking met de cliëntgegevens blijkt dat de alpha-hulpen naar de lichtste gevallen gaan en de gespecialiseerde gezinsverzorgenden naar de zwaarste wat betreft regelvermogen en redzaamheid (de score voor lichamelijk vermogen blijkt niet van belang). De helft van de cliënten blijkt alleenstaand; het betreft voornamelijk bejaarden. De tijdelijke hulp vergt meer uren per huishouden dan de langdurige hulp. Alleenstaanden krijgen gemiddeld zeven uur hulp per week, huishoudens zonder kinderen acht uur, en huishoudens met kinderen 15 uur.

Tabel 4: toewijzing van de diverse uitvoerende krachten

Uitvoerende	% huishoudens	gemiddeld aantal uren per huishouden per week
gespecialiseerde gezinsverz.	1	16
gezinsverzorging	8	16
bejaardenverzorging	1	13
gezinshelpende	52	9
bejaardenhelpende	5	8
alpha-hulp	31	6
alternatief	1	13

Bron: CRvG, 1984a.

Het zal duidelijk zijn dat een regelmatige beschikbaarheid van dergelijke gegevens van groot belang is voor onderzoek en beleid. Men mag hopen dat verdere invoering van het systeem voorspoedig zal verlopen.

Een empirische studie over bereik, inhoud en gevolgen van gezinsverzorging door Coolen (1982), die ook in een volgende paragraaf nog aan de orde komt, wijst op het feit dat de inhoud van de gezinshulp weinig méér omvat dan huishoudelijke taken (met name schoon houden). Door het beperkte aantal toegekende hulpuren komt er weinig van begeleiding en verzorging terecht. Wel wordt geconstateerd dat zij die meer hulpbehoefte hadden een 'bredere' hulp kregen dan de minder behoeftigen.

Ook een onderzoek te Nijmegen naar aanleiding van de bezuinigingsmaatregelen komt tot de slotsom dat vooral de verzorgende en begeleidende taken blijven liggen (GSD/instellingen, 1980). Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de opvoedende en begeleidende taken met betrekking tot opgroeiende kinderen.

In een doctoraalonderzoek heeft Noort (1984) vrij uitvoerig aandacht besteed aan de opvoedingsideeën en het 'opvoedingshandelen' van gezinsverzorgsters en ouders/cliënten (respectievelijk 51 en 54; respons 87%). Negenenzestig uitspraken moesten op een vijfpuntsschaal gescoord worden. De opvoedingsideeën van beide groepen stemmen in grote mate overeen. Alleen waren er verschillen in ideeën over het tonen van affectie; de verzorgsters willen die gevoelens meer beheersen. Ook wat het handelen betreft sluit de gezinsverzorgster

nauw aan bij wat de ouders (zouden) doen. Geen verschil werd gevonden tussen gezinsverzorgster met of zonder (eigen) kinderen.

3.4. Taakopvatting, arbeidsomstandigheden en tevredenheid met het werk

Diverse onderzoeksresultaten wijzen in de richting van een zeer consciëntieuze werkhouding van de uitvoerenden, terwijl het werk wellicht veeleisender is dan menigeen vermoedt.

In een doctoraalonderzoek bij één instelling (vragenlijsten aan 139 helpsters en verzorgsters; respons 78%; voor het ingevuld retourneren werd één compensatie-uur verstrekt) bleek dat veel uitvoerende krachten oneigenlijke taken uitvoeren, zoals sjouwen en repareren. Ook is het niet ongewoon dat wordt overgewerkt of dat extra werk wordt gedaan, zelfs in weekends en vakantie, en dat men bijvoorbeeld verstellwerk mee naar huis neemt (Fieret, 1982). Ook Baalbergen, Breembroek en Drion (1981) wijzen in hun onderzoek bij twee instellingen in de provincie Groningen op dit verschijnsel. Tweederde van de respondenten zei moeite te hebben het werk binnen de tijd af te krijgen. Er werd een verband gevonden tussen het niet af krijgen van het werk binnen de gestelde tijd en het ziekteverzuim. (Overigens was de respons in dit onderzoek niet voor alle geledingen goed te noemen; deze was alleen acceptabel (2/3) voor de schriftelijke vragenlijst aan de hulpen). Ook in het eerder genoemde onderzoek van Blom e.a. (1984), waarbij materiaal verzameld werd door middel van een schriftelijke enquête onder een a-selecte steekproef van 404 helpsters in Amsterdam (respons 54%), wordt gewag gemaakt van onbetaald overwerk (eenderde doet dat wel; 7% eventueel in vakantie of weekend) en oneigenlijke taken (bijna de helft).

Het zal weinig verbazing wekken dat veel uitvoerenden buiten hun werk nog een eigen huishouding te bestieren hebben (o.a. Blom e.a., 1984 en Fieret, 1982).

Kuik (1984) deed een afstudeer-onderzoek bij 50 medewerkers van één instelling (respons op schriftelijke enquête: 46%). Van de 24 respondenten had de helft weleens insinuerende opmerkingen gehad van een cliënt; zeven hadden tegen hun zin lichamelijk contact gehad en vier maal had men het voorstel gekregen samen naar bed te gaan. In zes gevallen was de ongewenste ervaring reden voor gezinsswisseling. Wat is desondanks de reden om dit werk te (blijven) doen, en is men tevreden met het werk? Fieret krijgt van eenderde van zijn respondenten te horen dat ze buitenshuis werken voor het geld. Bijna de

helpt geeft 'sociale contacten' als belangrijkste reden op. Wat betreft de aantrekkelijkheid van het werk: een kwart vindt de huishoudelijke taken aantrekkelijk en een zelfde deel vindt ze eentonig. Wel is driekwart van mening dat die taken belangrijk zijn. De begeleidende en verzorgende taken bestempelt bijna iedereen (90%) als aantrekkelijk. Veertig procent van de uitvoerenden wil meer contacten met collega's. Met de leidinggevende zijn min of meer geregelde contacten. Verzorgsters hebben merendeels één maal per maand telefonisch contact; driekwart heeft tweemaandelijks werkbespreking. Helpsters hebben minder frequent contact met de leidinggevende.

Tachtig procent is in het algemeen tevreden met de baan. Over de beloning is het merendeel ontevreden (Fieret, 1982).

Bij Baalbergen e.a. lijken de financiële motieven iets zwaarder te wegen dan bij Fieret. Het werk wordt tamelijk afwisselend gevonden. Schoonmaken vindt men het zwaarst, boodschappen doen het lichtst (Baalbergen e.a., 1981).

De studie die Van der Velde (1981) in Den Haag uitvoerde behandelde de vraag waarom helpsters in dienst kwamen en bleven dan wel waarom ze vertrokken. De onderzoekspopulatie betrof 216 helpsters en ex-helpsters. De respons was matig, vooral bij de vertrokkenen. Het merendeel van de ex-helpsters was weggegaan om privé-redenen (zwangerschap, verhuizing, pensionering en dergelijke). Andere genoemde redenen: spanningen met de cliënt, elders meer te verdienen, ziekte door het zware werk. De helpsters zijn in het algemeen tevreden met het werk, en het merendeel is ook positief over de relatie tot de instelling.

Tabel 5 (zie volgende pagina) geeft inzicht in het ziekteverzuim van uitvoerende krachten bij de gezinsverzorging. Ter vergelijking zijn landelijke cijfers betreffende vrouwen toegevoegd.

Momenteel ligt het ziekteverzuim in de gezinsverzorging duidelijk boven het landelijk gemiddelde voor vrouwen. Voor 1982 lag het daar steeds onder. De daling die zich vanaf 1979 landelijk heeft voltrokken, vinden we in de gezinsverzorging niet terug. Toch wordt in enkele onderzoeken gemeld dat helpsters en verzorgsters doorwerken terwijl ze ziek zijn (o.a. Baalbergen e.a., 1981 en Blom e.a., (1984).

In deze paragraaf dient ook het doctoraal-onderzoek van Van der Bruggen-Grevelink genoemd te worden. Zij hield vrije interviews met twaalf helpsters ter beantwoording van de vraag naar de waardering voor en de beleving van de functie. Ze constateert discrepanties

Tabel 5: ziekteverzuimpercentages uitvoerenden en alle Nederlandse vrouwen 1976-1984

	'76	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83	'84
uitvoerende gezinsverz. Nederlandse vrouwen	10,2	10,4	11,6	11,1	10,5	10,5	11,3	11,1	11,1
	11,0	11,5	12,0	12,0	11,3	10,9	10,3	9,4	9,2

Bron: CRvG, 1985

tussen de formele taakomschrijving, meningen van het management en (meningen van) uitvoerenden. Aan de ene kant is er de zwaar opge-
maakte taakomschrijving met veel te zware eisen (o.a. bijdragen aan
het beleid en het opstellen van werkplannen) waar in de praktijk
niets van terecht komt, aan de andere kant is er een verschil in op-
tiek: het uitvoerende werk is moeilijker, emotioneel belastender,
meer initiatief en verantwoordelijkheidsgevoel vragend dan 'het
management' van veraf denkt. Het uitvoerende werk, zo luidt een con-
clusie, wordt ondergewaardeerd. Ze constateert weinig begrip bij de
leiding van de instelling, die symptomen van bureaucrativering ver-
toont. Bij de helpsters is er weinig organisatorische betrokken-
heid. Ze hebben ook weinig contact met de leiding, met uitzondering
van de direct leidinggevende (Van der Bruggen-Grevelink, 1983).

Kunnen we de gezinshelpster en -verzorgster van vandaag de dag ver-
gelijken met de dienstbode van rond de eeuwwisseling? Vergelijken
kan uiteraard altijd en dat doet Zeldenrust (1981) ook in een lite-
ratuurscriptie onder de titel 'Meisjes voor hele of halve dagen',
maar zijn antwoord luidt dat deze vergelijking niet op gaat. Er zijn
nogal wat overeenkomsten: het betreft voornamelijk huishoudelijk
werk door vrouwen uitgevoerd in zeer directe relatie tot de cliënt
respectievelijk werkgeefster, zonder veel contact met collega's. Er
ten rayons zijn proefprojecten van start gegaan waarin volgens de
nieuwe opzet kleinschalig wordt gewerkt. Beheer en intake blijven
centraal. Verwacht wordt dat er door de wijkteams, die qua werkge-
bied aansluiten bij de structuur van de wijkverpleging, meer colle-
giale contacten zullen ontstaan en een sterkere band met de instel-
ling.

3.5. Nieuwe werkvormen

We bespreken hier resultaten van twee onderzoeken. Het eerste betreft een evaluatie van de 7x24-uurshulp in Velp. Belangrijk daarbij was de vraag naar het optreden van substitutie-effecten. Daarover zullen we het in een volgende paragraaf hebben. Hier behandelen we het gedeelte over de praktijk van de 7x24-uurshulp. Gegevens hiervoor werden verzameld in interviews met 69 bejaarde cliënten.

Tweederde van de verleende uren viel binnen kantoortijd. Van de cliënten kreeg 19% in het geheel geen hulp buiten de gebruikelijke werktijden; bij 6% vielen juist alle uren daarbuiten. Veel hulp werd in 'losse uren' verleend (minder dan drie aaneengesloten uren per keer). Evenals bij de traditionele hulp ging het hoofdzakelijk om huishoudelijke hulp al was er meer verzorging en begeleiding dan in de traditionele zorg. Van de kant van de instelling bleek de directe inzetbaarheid wel te werken, maar 56% van de geïnterviewde cliënten kende het semafoon-alarmsnummer niet.

Er waren grote verschillen in de duur van de hulp. De driemaands-grens die voor deze soort hulp gesteld is, werd dikwijls overschreden waardoor 'dichtslibben' van deze voorziening dreigt. De reden van de aanvraag bleek sterk samen te hangen met de duur van de hulp. De kortste hulp was nodig in gevallen van ziekte. Onduidelijke oorzaken, psychische problemen en dergelijke gaven de langste hulpverleningsperioden te zien. In minder dan de helft van de gevallen waarin minder dan drie maanden hulp werd toegezegd was het ook binnen die tijd afgelopen (Kempen, Van Sonderen, Suurmeijer en Van den Heuvel, 1985).

Het tweede onderzoek is anders van aard en heeft zich bezig gehouden met organisatorische veranderingen als gevolg van de invoering van wijkgezinsverzorging in een instelling (Oudenhoven, 1984). Ter invoering van de nieuwe structuur van het uitvoerend werk (in wijkteams) werd een projectstructuur ontworpen met elkaar overlappende coördinatie-, werk- en voorbereidingsgroepen. In verschillende soorten rayons zijn proefprojecten van start gegaan waarin volgens de nieuwe opzet kleinschalig wordt gewerkt. Beheer en intake blijven centraal. Verwacht wordt dat er door de wijkteams, die qua werkgebied aansluiten bij de structuur van de wijkverpleging, meer collegiale contacten zullen ontstaan en een sterkere band met de instelling.

3.6. Samenwerking

In de beleidsnota van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging (1983b) 'De gezinsverzorging binnen de eerste lijn' wordt een pleidooi gehouden voor een intensiever samengaan van de vier kerndisciplines. Door een zwaarder accent op de thuiszorg met als gevolg meer zware gevallen zal bijvoorbeeld het gemeenschappelijk cliëntenbestand van wijkverpleging en gezinsverzorging toenemen. Nieuwe werkrelaties moeten worden aangegaan teneinde een afgestemd aanbod te realiseren. Tot zover deze nota. Ook in een discussienota van later datum wordt het wenselijk geacht dat de kerndisciplines, en dan vooral gezinsverzorging en wijkverpleging, samen gaan werken in functionele eenheden. Gedacht wordt aan het laten samenvallen van de grenzen van de instellingen voor gezinsverzorging, de Erkende Kruisorganisaties en de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen (CRvG, 1984b).

Veel inhoudelijke gegevens over samenwerking waarbij de gezinsverzorging betrokken is, hebben we niet gevonden. Uit het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden, dat door het NIVEL wordt bijgehouden, weten we dat per 1 januari 1984 76 leidinggevenden van gezins- en bejaardenverzorging in een gezondheidscentrum participeerden. Dat betreft ongeveer 2% van de leidinggevenden; het aantal betrokken gezondheidscentra (31) is ongeveer een kwart van het totaal (Boerma, 1984). In 1986 komen in genoemd registratiesysteem ook cijfers over home-teams beschikbaar. Over die en andere inter- en multidisciplinaire samenwerkingsvormen zijn wel hier en daar op regionaal niveau gegevens verzameld. In een recente publicatie over samenwerking in de eerste lijn in Drente door het Drents Ondersteuningsplatform Eerste Lijn (DOEL) lezen we, dat er in die provincie een beraadsgroep van vertegenwoordigers van de gezinsverzorging en het kruiswerk in Drente bestaat die zeswekelijks bijeenkomt om de afstemming op beleidsniveau te verbeteren. Halfjaarlijks is er informatief/oriënterend overleg van vertegenwoordigers van de vier kerndisciplines in die provincie. Daarnaast is een groot aantal plaatselijke overleggroepen (waaronder veel home-teams) kort beschreven. In 42 van de 82 genoemde overleggroepen van uiteenlopende aard is de gezinsverzorging vertegenwoordigd, in de regel met meerdere leidinggevenden (Witte, 1985). Ook in enkele andere provincies zijn recentelijk (bijvoorbeeld in Overijssel) of wat langer geleden dergelijke inventarisaties gemaakt.

4. GEBRUIK VAN GEZINSVERZORGING

Wanneer we spreken over de vraag naar gezinsverzorging is het niet zonder meer duidelijk waarover we het hebben. Onderscheid moet gemaakt worden tussen de (subjectief gevoelde) behoefte aan gezinsverzorging, de manifeste vraag die daar uit kan voortkomen en het feitelijk gebruik van de te verstrekken hulp.

Verschillende ontwikkelingen zijn van invloed op de huidige ontwikkelingen in de vraag naar diensten van de gezinsverzorging. De vraag naar langdurige hulp zal wellicht gevolgen ondervinden van de toenemende vergrijzing, van het overheidsbeleid gericht op meer thuiszorg ten koste van intramurale voorzieningen, en van de afname van informele hulpmogelijkheden voor de lange duur. Op de vraag naar korter durende hulp zijn diverse stimulerende factoren van invloed zoals verkorting van de ziekenhuisopnamen, versterking van de eerste lijn, maar anderzijds ook remmende factoren als retributiesysteem en het feit dat het informele circuit meer ruimte voor hulp biedt als gevolg van de grote werkloosheid. Veranderingen in de vraag kunnen de invoering van nieuwe werkvormen (7x24-uursdienst, aangepaste hulp op afroep of afspraak) noodzakelijk maken (CRvG, 1983a en IBO, 1983).

4.1. Hulpbehoefte en achtergrond van de hulpvraag

In Het Sociaal en Cultureel Rapport 1980 zijn gegevens opgenomen over verzorgingsbehoefte in de bevolking. Deze zijn afkomstig van het Leefsituatie-Onderzoek (LSO) 1977, het LSO 55+ en het Aanvullende Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) 1979. Uit een enquête onder 6430 hoofden van huishoudens bleek 5,3% van de huishoudens in het tijdsbestek van een jaar permanent behoefte te hebben aan huishoudelijke hulp. Bijna acht procent had in die periode ten minste éénmaal in die situatie verkeerd. Bij elkaar dus 13% (huishoudelijke) hulpbehoefteigen. Duidelijk boven dit gemiddelde niveau bevinden zich: verweewden (26,8%), bejaarden (24,2%), mensen met een laag inkomen (21,3%), vrouwen (20,4%), éénoudergezinnen (19,0%) en personen met weinig opleiding (18,0%). Van de 65-plussers kan bijna eenderde één huishoudelijke handeling niet meer verrichten; 18% moet twee handelingen aan een ander overlaten (SCP, 1980).

Ook de Omnibusenquête Gezinsverzorging ('s Jacob, 1982) heeft hulpbehoefte gepeild. Door uitschakeling van tenminste één week in een jaar tijds is 20% van de 5270 huishoudens hulpbehoefteig geweest.

(Dat is duidelijk meer dan de ruim 13% van het Sociaal en Cultureel Planbureau). Drieëntwintig procent van de behoeftige huishoudens heeft een aanvraag om hulp ingediend bij de gezinsverzorging. Daarvan werd 4% niet gehonoreerd, zodat 19% werkelijk hulp heeft ontvangen. De oorzaak van de behoefte aan zorg is in de meeste gevallen ziekte. Zij die werkelijk hulp kregen noemen vaker dan anderen ook ouderdom en handicap als oorzaak. Van de hulpbehoevende huishoudens kreeg 5% geen enkele hulp, dus ook niet informeel. Vergeleken met 1974, toen dit ook onderzocht werd, is er in 1981 weinig veranderd in de omvang van de hulpbehoefte.

In het CBS-cliëntenonderzoek (CBS, 1982) gaf bijna de helft van de aanvragers meer dan één reden op voor het verzoek. Vaak speelt ouderdom daarbij een rol (63%), of langdurige ziekte (41%). Andere redenen zijn lichamelijke handicap (24%) en redenen van psychische aard (12%). In 13% van de gevallen werd opname in een ziekenhuis verwacht en bij 8% was ontslag uit zieken- of verpleeghuis de achtergrond.

Van de bejaarden legt eenderde en van de overige cliënten 60% uit eigen beweging contact met de instelling. Veel bejaarden worden door de huisarts verwezen ('s Jacob, 1982).

Men moet niet denken dat de hulp van de gezinsverzorging erg gemakkelijk wordt aangevraagd. De gegevens uit tabel 6 (zie volgende pagina) ontlene we aan het Leefsituatie-Onderzoek bij personen van 55 jaar en ouder (deel 2) (CBS, 1985).

Twaalf procent van de bejaardenhuishoudens heeft gezinshulp. Hulp van de eigen kinderen is verreweg het belangrijkste. De verschillende typen hulpverleners vullen elkaar goed aan. Als men hulpbehoefstig wordt springen eerst de partner of andere huisgenoten bij; als dat onvoldoende is volgt het zogeheten informele netwerk. Pas daarna wordt gedacht aan de professionele hulp (CBS, 1985).

Andere onderzoeksresultaten bevestigen het belang van de informele of mantelzorg (o.a. Damsma-Nijland, 1984 en Hattinga Verschure, 1984). Uit een onderzoek bij 259 bejaarde cliënten en niet-cliënten in Delfzijl en omgeving (respons 60%) blijkt dat degenen die geen huishoudelijke hulp hebben daar ook erg weinig behoefte aan hebben, omdat de mobiliteit niet verminderd is of slechts weinig, hetgeen men onvoldoende reden vindt. Ook hier komt de hulp van de partner eerst, vervolgens die van het informele netwerk en tenslotte pas van de professionals (Walta, z.j.). Ook het Sociaal en Cultureel Rapport 1984 geeft resultaten die er op wijzen dat mensen hun problemen doorgaans zelf of met behulp van personen in hun naaste omgeving op-

Tabel 6: hulp van buiten de woning aan personen van 65 jaar en ouder

hulpbron	% huishoudens
eigen kinderen	30
werkster/huishoudster	19
buren, kennissen, vrijwilligers	15
gezins/bejaardenverzorgende	12
overige familie	9
wijkverpleegkundige	4

Bron: CBS, 1985

lossen. In ruim de helft van de gevallen waarin behoefte is aan huishoudelijke ondersteuning wordt die uitsluitend door het informele circuit gegeven. In bijna een kwart van de gevallen is er een combinatie van informele hulp en gezinsverzorging. Helemaal geen hulp was er in 7,5% van de behoeftige huishoudens (SCP, 1984). In hetzelfde rapport staat een aardige illustratie van de mogelijkheden van informele hulp. Tabel 7 (zie volgende pagina) laat de oplossingen zien die respondenten geven bij twee probleemgevallen.

In de eerste situatie is men veel meer geneigd zelf te helpen (dat was in 1963 overigens een stuk minder) omdat de gevraagde hulp te overzien is; het betreft waarschijnlijk een betrekkelijk korte periode. Bij de bejaarde buurvrouw is de animo voor zelf helpen beduidend kleiner omdat hier hulp voor lange tijd nodig zal zijn.

Ook betrekking op hulpbehoefte heeft het onderzoek van Goewie (1982) in Rheden, Brummen en Rozendaal naar de relatie tussen die behoefte en het gerealiseerde verzorgingsniveau dat plaatselijk erg verschilde. Verschillen in het aantal aanvragen waren niet te herleiden tot verschillen in inwonertal of leeftijdsopbouw. Ook werd geen verband gevonden tussen de bewerkelijkheid van de woning en de zelfredzaamheid.

Een door de voorheen Nederlandse Stichting voor Statistiek gehouden omnibusenquête met enkele vragen over gezinsverzorging bij 485 Hage-naars leverde nogal wat onbekendheid met deze hulpsoort op. Eenderde was niet bekend met de gezinsverzorging. Onder bejaarden, een belangrijke doelgroep, was de onbekendheid nog groter dan onder de jongere respondenten (NSS, 1980).

Tabel 7: oplossingen bij twee probleemsituaties

probleem	oplossing	1964	1983
huisvrouw in ziekenhuis en kinderen blijven onverzorgd achter	zelf helpen	23%	46%
	andere informele oplossing	20%	15%
	professionele hulp	50%	35%
bejaarde buurvrouw is slecht ter been; dagelijkse werk wordt haar te zwaar	zelf helpen	25%	26%
	andere informele oplossing	4%	8%
	professionele hulp	60%	63%

Bron: SCP, 1984

4.2. Tussen vraag en toewijzing

Coolen (1982) onderzocht de samenhang tussen enerzijds gezondheids-toestand, inkomen/sociale status en beschikbaarheid van informele hulp en anderzijds het ontvangen van gezinshulp. Gezinsverzorging komt vooral terecht bij bejaarden die alleen 'huishoudelijk gehandicapt' zijn en minder bij hen die ernstiger belemmerd zijn. Waar de vrouw het meest hulpbehoevend is, daar wordt gezinsverzorging slechts in bescheiden mate verleend. Ook frequente ziekte hangt niet samen met een hoger gebruik. Status- en inkomenseffecten worden alleen gevonden bij gevallen met ernstiger huishoudelijke handicaps. Er zijn verder geen aanwijzingen dat de hulp relatief meer terecht komt bij bejaarden die weinig toegang hebben tot de informele hulp. Voordat over de aanvraag beslist wordt, kijkt men onder meer naar de mogelijkheden om in de behoefte te voorzien door informele hulp. In een stage-onderzoek van Ter Avest (1983) in Zwolle bleek ruim 80% van de 75 mondeling geënquêteerden dit niet juist te vinden. Hoewel de meeste aanvragers wel hulp krijgen, leidt niet elk verzoek ook tot hulp. 's Jacob vond 4% niet gehonoreerde aanvragen. Belangrijkste redenen voor het niet doorgaan waren: 'te duur' (27%), 'wacht-tijd te lang' (23%) en 'aanvraag werd afgewezen' (27%). In deze niet gehonoreerde hulpvragen werd vooral door huisgenoten, familie, bureu en vrienden voorzien ('s Jacob, 1982).

Het onderzoek van Damsma-Nijland (1984) speelt zich geheel af bij deze categorie van hulpvragers. Negenentwintig huishoudens waar de hulp niet door ging werden geïnterviewd. In slechts drie gevallen werd geen indicatie aanwezig geacht; tien maal zag men van hulp af

vanwege de hoogte van de eigen bijdrage en zes maal vanwege de wachtlijst. Desondanks blijkt men zich te redden, al betekent het dikwijls het verschuiven van problemen. Het terugvallen op de informele hulp wordt als negatief ervaren. Overigens zijn lang niet alle personen in het informele circuit potentiële hulpgevers. Dochters zijn een belangrijke bron van hulp; burens kunnen alleen voor incidentele bijstand gevraagd worden.

In een studie naar de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerste lijn (Warmenhoven, 1984), bleek het de bijna 5100 respondenten, merendeels leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen, niet mee te vallen gezinsverzorging te krijgen. De twee jaar voorafgaand aan het onderzoek had 3,5% van hen één of meer malen gezinshulp nodig gehad. Hiervan kreeg 21% in het geheel geen hulp en 9,5% slechts gedeeltelijk; bij elkaar bijna eenderde deel. Meestal werd als reden voor afwijzing genoemd 'gebrek aan personeel'.

4.3. De ontvangen hulp

In paragraaf 4.1 noemden we een percentage huishoudens (ruim 13%) dat in een jaar tijd hulpbehoefstig was. Uit dezelfde bron weten we dat 4,1% van de huishoudens in die periode daadwerkelijk hulp heeft gehad; gemiddeld bijna 13 uur per week. Veel hogere percentages vinden we (ook hier) bij verwevdwden (12,8%), 65-plussers (11,8%) en lage inkomens (9,2%) (SCP, 1980). Het gebruik van de gezinsverzorging bedroeg in 1979 4,4% en in 1983 4,5%. In die jaren heeft dus geen stijging plaats gevonden die te verwachten was op grond van een toename van de vraag door gehandicapten en chronisch zieken (SCP, 1984).

Van der Ham en Posthuma (1981) rafelden de hulpvragen van cliënten uiteen in verschillende elementen met het doel deze elementen te clusteren tot 13 groepen ('gebieden'). Vervolgens hebben ze geprobeerd deze 13 'gebieden' te koppelen aan het in de gezinsverzorging gebruikelijke onderscheid in werkvormen. Enkele resultaten uit het omvangrijke en moeilijk toegankelijke onderzoeksrapport: 43% van de hulpvragers/-ontvangers valt in de categorie 'huishoudelijke taken en verzorgende taken'; hierin wordt voor eenderde deel voorzien door alpha-hulp. 19% van de hulpvragers/-ontvangers valt in de categorie met alleen 'huishoudelijke taken', die allen door alpha-hulpen worden bediend. In totaal werkt in eenderde van de genoemde huishoudens een alpha-hulp. Doelgroepen van twee nieuwe werkvormen, het centrum voor gezinsverzorging en de gastgezinshulp, werden met deze onder-

zoekopzet bij de Delftse instelling niet gevonden. Dat was ook het geval voor de doelgroepen van de aangepaste hulp en de avond- en weekendhulp.

In een aantal gevallen wordt ook nog door één of meer andere disciplines in hetzelfde huishouden hulp verleend. Uit het cliëntenonderzoek dat het CBS in het najaar van 1980 hield onder een steekproef van 14.472 hulpontvangers kwam het volgende beeld naar voren. In bijna driekwart van de gevallen wordt alleen gezinsverzorging verleend; bij 19% komt er nog een discipline over de vloer, meestal de wijkverpleging, maar ook wel maatschappelijk werk en vrijwilligers (CBS, 1983b).

Zijn cliënten tevreden met de geboden hulp? In een onderzoek onder 175 ex-clieñten van de tijdelijke hulpverlening te Rotterdam (respons 66%) zei 82% dat wat de gezinsverzorgster deed in overeenstemming was met de afspraken; 88% vond het aantal uren hulp voldoende. Het merendeel (85%) vindt dat de eigen bijdrage rechtvaardig is, en voor ruim tweederde is die bijdrage ook niet bezwaarlijk (Bakker, 1984). In een onderzoek in Den Haag onder 200 cliënten (respons 68%) vindt 84% de eigen bijdrage redelijk. Bijna iedereen is tevreden tot zeer tevreden met de helpster en de leidster. En het merendeel vindt het aantal toegewezen uren voldoende (Van der Velde en Appelo, 1982). Enige minder positieve geluiden komen uit Zwolle, waar we al eerder zagen dat men het niet eens is met de beoordeling van de eigen mogelijkheden. Ook het wisselen van krachten vindt 89% van degenen die dat overkwam vervelend. Het nut van het langs komen van de leidinggevende wordt door 43% niet ingezien. Over de helpster is men ook hier vrijwel unaniem tevreden (Ter Avest, 1983).

4.4. De gebruikers

Hier en daar is al wat gezegd over achtergrondkenmerken van de cliënten van de gezinsverzorging. Van de mannelijke cliënten is ongeveer tweederde 65 jaar of ouder; van de vrouwen bijna drievierde. Bejaarden zijn dus zwaar oververtegenwoordigd. Ook zijn er betrekkelijk veel weduwnaars en vooral weduwen onder de cliënten. Twaalf procent heeft nog thuiswonende kinderen. In negen van de tien huishoudens doet één persoon de huishouding (CBS, 1982). Wat hun inkomenspositie betreft behoren de cliënten van de gezinsverzorging tot de lagere inkomensgroepen (CBS, 1983a).

4.5. Substitutie en complementariteit

Substitutie staat in de belangstelling, omdat het een belangrijke rol speelt bij het overheidsbeleid tot terugdringing van de intramurale zorg ten gunste van de extramurale voorzieningen. Zo zou de invoering van de 7x24-uurs-bereikbaarheid er toe kunnen leiden dat mensen (voorlopig) afzien van een opname in een verpleeg- of bejaardentehuis, of eerder uit een verpleegtehuis of ziekenhuis ontslagen kunnen worden. Van Sonderen, Suurmeijer en Van den Heuvel deden onderzoek naar de 7x24-uursdienst bij de gezinsverzorging in Velp. Met gegevens uit diverse bronnen (onder andere interviews met cliënten en zogeheten mantelzorgers, en verder gegevens van huisartsen en ziekenhuizen) stelden zij uiteindelijk 52 casus samen die door negen beoordelaars van verschillende disciplines werden voorgelegd met de vraag of 7x24-uurshulp in dit geval tot uit- of afstel van opname of versnelling van ontslag zou hebben geleid. De resultaten wijzen inderdaad in de richting van substitutie. Zowel naar het oordeel van de beoordelaars als naar de mening van de geïnterviewden is er sprake van substitutie voor wat betreft het verpleegtehuis en verzorgingstehuis. Bij de 7x24-uurs-cliënten wordt in 39% van de beoordelingen van uit- of afstel gesproken. Bij de overige cliënten is dat het geval bij 16% van de beoordelingen. (Overigens bleek dat er bij het indicatiebeleid voor opname wel wat strengere criteria aangelegd zouden kunnen worden; bij 38% van de beoordelingen van niet-7x24-uurs-cliënten werd opname niet noodzakelijk geacht, terwijl die wel had plaats gevonden). Ook van de geïnterviewde cliënten en mantelzorgers verwachtte een groot deel (40%) dat het niet krijgen van 7x24-uurshulp opname tot gevolg zou hebben. Wat betreft ziekenhuisopnamen werd minder substitutie gevonden. De resultaten zijn op dat punt niet zo duidelijk.

Als 7x24-uurshulp tot uitstel of afstel leidt wordt dit in meerderheid van de gevallen alleen mogelijk geacht als deze hulp blijvend wordt aangeboden, dit wil zeggen tot opname of overlijden volgt (Van Sonderen, Suurmeijer en Van den Heuvel, 1985). Dit kan leiden tot het volledig dichtslippen van deze hulp die in opzet bij die instelling juist een tijdelijk karakter had.

's Jacob (1983) vindt weinig substitutie in zijn proefonderzoek bij twee instellingen in Groningen. Een groter aanbod aan bejaardenzorg in één van de twee instellingen hangt zeker niet samen met minder adviesaanvragen voor opname in een bejaardenoord. Wel is er een tijdelijke substitutie voor de duur dat mensen op een opname moeten wachten. Er wordt erg weinig gezinszorg verleend voor of na een op-

name in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Coolen (1984) deed onderzoek bij opname vragende bejaarden (a-selecte steekproef van 285 huishoudens in 6 verstedelijkte gemeenten). Van hen maakte 40% van de huishoudelijk gehandicapten gebruik van de gezinsverzorging. Bij de categorie met een lichte (huishoudelijke) handicap werd doorgaans door de gezinsverzorging in de behoeften voorzien. Deze zouden dus niet opgenomen hoeven worden. Toch had tweederde een positieve indicatie. Een wat strengere opnameselectie zou hier substitutie kunnen bevorderen.

In Zuid-West-Brabant werd onderzoek verricht onder ouderen die zowel een positieve opname-indicatie hadden voor een bejaardentehuis als gezinsverzorging ontvingen. Van de zelfstandig wonende ouderen is 3% positief geïndiceerd voor een opname, en ontvangt 11,1% gezinsverzorging. Andersom is van de bejaarde cliënten van de gezinsverzorging 9,8% positief geïndiceerd. Van de bejaarden met een positieve indicatie krijgt 35,8% gezinsverzorging (het merendeel van hen is alleenstaande vrouw). Er werd een globale overeenstemming gevonden tussen de urgentiescore van de indicatiecommissie en het aantal geïndiceerde uren gezinsverzorging (SGZWB, 1985).

Wanneer geen flexibele hulp geboden kan worden, zullen mensen die slechts af en toe hulp nodig hebben voor de zekerheid om permanente hulp vragen. Bij het uitblijven van die zekerheid wordt opname in een tehuis geprefereerd (Damsma-Nijland, 1984).

Er zijn in een paar onderzoeken aanwijzingen dat de informele hulp zich geheel of gedeeltelijk terugtrekt wanneer de gezinsverzorging zijn intrede doet. Dit zou vooral gelden voor hulp door familie; niet voor burenhulp. In bijzondere omstandigheden vult de informele hulp de gezinsverzorging wel weer aan (Coolen, 1982; Van der Velde en Appelo, 1982). Daarnaast zijn er ook onderzoeken waarin juist het complementaire karakter van professionele en informele hulp wordt benadrukt in plaats van de uitwisselbaarheid (Damsma-Nijland, 1984). Als professionele hulpverlener vult de wijkverpleging de gezinsverzorging het meest aan (in Groningen tussen 10 en 20%). In 30 à 40% van de Groningse gevallen krijgt de cliënt ook hulp van familie, burens en vrienden ('s Jacob, 1983).

Verschillen in verzorgingsniveau werden door Van der Pol (1984) in een verkennend onderzoek geconstateerd tussen rayons van één instelling. Er bleek een lichte samenhang met demografische kenmerken (agrarische kernen hadden een iets lager verzorgingsniveau), met gezinssamenstelling (proportie zelfstandig wonende alleenstaanden en de gemiddelde woningbezetting) en met de leeftijdsopbouw (veel bejaarden geeft een hoog verzorgingsniveau voor deze categorie). Een

meer dan gemiddeld voorzieningenniveau bleek eveneens samen te hangen met een groter verzorgingsvolume. Geen resultaten dus die wijzen op substitutie. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft aan dit onderwerp een vooronderzoek gewijd (De Groot, Van der Meer en Ritzen, 1981). Men vond geen aanwijzingen voor substitutie tussen intramurale en extramurale zorg voor bejaarden. In regio's met veel bejaardenoord-capaciteit werd niet altijd weinig aanbod aan gezinsverzorging aangetroffen of omgekeerd (rekening houdend uiteraard met de samenstelling van de bejaardenbevolking). Ook werden in regio's met een ruim aanbod aan gezinsverzorging niet minder bejaarden gevonden die een opname in een bejaardentehuis wensen. Wel werd er in regio's met een betrekkelijk laag niveau van professionele voorzieningen voor bejaarden een groter beroep gedaan op informele hulp. De onderzoekers achten nader onderzoek noodzakelijk waarbij van gedesaggregeerde gegevens gebruik gemaakt wordt. Ook merken ze terecht op dat analyses van gebruik van voorzieningen geen licht kunnen werpen op potentiële substitutie.

Coolen (1980) heeft ook een studie verricht naar substitutie-relaties tussen het aanbod aan gezinsverzorging en intramurale verzorgingsplaatsen, rekening houdend met het 'behoefteniveau' (het percentage hoogbejaarden, vrouwen, alleenstaanden, tezamen de 'demografische druk' vormend). Hij probeert op deze wijze aanbodverschillen tussen nodale gebieden te verklaren. Voor de gezinsverzorging wordt geen verband gevonden tussen het aanbod en de demografische druk in de regio. Ook wijst niets op substitutie: er bleek geen samenhang tussen het aanbod aan verpleeg- en verzorgingstehuisplaatsen en het aanbod aan gezinsverzorging. Op grond van deze onderzoeken moeten we besluiten dat vooralsnog geen substitutierelaties tussen verschillende voorzieningen zijn gevonden.

5. REGELINGEN EN FINANCIERING

Gegevens in deze paragraaf zijn aan de volgende publicaties ontleend: CRvG, 1983a; WVC, 1985; CRvG, 1985.

De **spreiding van het volume** in de gezinsverzorging is geregeld door middel van een door de overheid vastgesteld formatiebeleid. Zonder dat men kan stellen dat er sprake is van een 'norm', wordt het in de Nota Eerstelijnszorg (1983) genoemde aantal verzorgingsuren (ruim 25 per thuiswonende bejaarde, ruim 2 per overige inwoner) gehanteerd om

tot een evenwichtige spreiding over het land te komen.

Per 1 januari 1984 is er een nieuwe **subsidiegrondslag**, volgens welke instellingen jaarlijks een maximum budget krijgen dat afgeleid is van dat van het jaar ervoor met eventuele correcties en bijstellingen. De minister bepaalt de verhouding tussen de kosten van de hulpverlening en de overige kosten.

Twee belangrijke maatregelen die in 1975/1976 genomen zijn om de uitgaven voor gezinsverzorging te beheersen zijn de invoering van een landelijk **indicatie- en registratiesysteem**, waarop we eerder al zijn ingegaan, en de invoering van een uniform **landelijk retributiesysteem** gebaseerd op het draagkrachtbeginsel. Cliënten moeten daartoe het netto maandinkomen opgeven van ten hoogste twee tot de leefeenheid behorende personen. Wie daartoe niet bereid is betaalt een vastgestelde uurprijs (die ook in rekening wordt gebracht als de bijdrage verhaald kan worden op derden). Tarieven van de eigen bijdrage zijn ook afhankelijk van de gezinssamenstelling en de te verwachten duur van de hulp.

Met de invoering van het retributiesysteem is het niet langer mogelijk dat kosten die gepaard gaan met de eigen bijdrage voor gezinsverzorging op de Algemene Bijstands Wet (ABW) worden verhaald. Langs die weg werd voorheen een steeds groeiend, oncontroleerbaar deel van de gezinsverzorging gefinancierd. Sedert 1980 geldt tijdelijk de **Harmonisatieregeling Algemene Arbeidsongeschiktheidswet/Gezinsverzorging** (AAW/GV) die het financieel mogelijk maakt particuliere hulp aan te trekken in gevallen waarin de instellingen voor gezinsverzorging daarin niet kunnen voorzien. De instelling verzorgt wel de indicatie. Ook is in dit kader een beroep op de ABW niet geheel uitgesloten, met name voor bejaarden.

Wat de indicatie betreft dient er in elke hulpverleningssituatie tenminste halfjaarlijks **herindicatie** plaats te vinden om vast te stellen in hoeverre de geboden hulp nog adequaat is.

Tabel 8 (zie volgende pagina) geeft een overzicht in de toename van de eigen bijdrage over een reeks van jaren.

Vergeleken met de prijsindexcijfers voor de gezinsconsumptie (bijvoorbeeld 1982 = 147) zijn de eigen bijdrage-bedragen veel sterker gestegen.

De retributie leverde in 1984 in de traditionele hulp f 105.777.000 op en in de alpha-hulp f 25.176.000; samen dus ruim 130 miljoen gulden.

Tabel 8: retributiebijdragen per uur 1977-1984

jaar	traditioneel		alpha-hulp bijdrage per uur gemiddeld
	bijdrage per uur gemiddeld	index 1977=100	
1977	1,19	100	-
1978	1,38	116	-
1979	1,59	134	-
1980	1,82	154	2,12
1981	1,88	158	2,30
1982	2,06	173	2,72
1983	2,34	197	3,13
1984	2,31	194	3,15

Bron: CRvG, 1985

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Van aantallen hulpverleners en hulpverleningen in de gezinsverzorging blijken vrij goede overzichten te bestaan. Ook naar de taakuitoefening in de gezinsverzorging en naar behoeften van cliënten is onderzoek gedaan; van een gerichte accumulatie van kennis is echter nog maar in bescheiden mate sprake. Een relatief groot aandeel van het verrichte onderzoek behoort tot het 'grijze circuit', waardoor op elkaars ervaringen niet altijd is voortgebouwd.

Substitutie-onderzoek is wel verricht, maar zou zeker verder ontwikkeld kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan substitutie-studies op geaggregeerd niveau, waarbij de capaciteit aan en de vraag naar gezinsverzorging op, bijvoorbeeld, gemeentelijk niveau kan worden afgezet tegen het aanbod aan en het gebruik van andere voorzieningen. Ook binnen gemeenten is echter belangwekkend substitutie-onderzoek te doen; met name de processen die leiden tot vaststelling van bijvoorbeeld het tijdstip van ontslag uit het ziekenhuis en de rol die de gezinsverzorging daarin speelt vormen een interessant onderzoeksproject.

Behalve substitutie van gezinsverzorging voor klinische zorg of ver-

pleeghuiszorg is substitutie van non-professionele zorg voor professionele zorg een uiterst relevant onderzoeksthema. Aanzetten daartoe zijn al wel te vinden; de vraag echter in hoeverre gezinsverzorging en zelf-, mantel- en vrijwilligerszorg elkaar aanvullen, vervangen, of wellicht cumulatief zijn, verdient zeker nader onderzoek. Hetzelfde geldt voor de taakafstemming en taakafbakening met 'aanpassende' disciplines, waaronder vooral de wijkverpleging van belang is. De grenzen tussen gezinsverzorging, ziekenverzorging en wijkverpleging zijn vloeiend en wellicht, langzaam maar zeker, aan verschuivingen onderhevig. Het effect van volumemaatregelen in deze disciplines op de taakuitoefening en taakafstemming is op dit terrein slechts één van de mogelijke aandachtspunten.

LITERATUUR

- AVEST, D. TER - 1983. Kwaliteitsonderzoek gezinsverzorging. Zwolle, Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening IJssel-Vecht Delta
- BAALBERGEN, D., G. BREEMBROEK en C. DRION - 1981. "Je kunt die cliënt toch niet zomaar laten zitten?": onderzoek naar de relatie tussen bezuinigingen, arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim in de gezins- en bejaardenzorg in de provincie Groningen. Groningen, Rijksuniversiteit, Sociologisch Instituut
- BAKKER, H. - 1984. Onderzoek ex-kliënten van de tijdelijke hulpverlening naar de beoordeling van de geboden hulp. Rotterdam, Kerkelijk Sociale Arbeid
- BLOM, A., H. VAN DIJK, M. JANSEN, C. NOOT, W. VERHAGE, R. RIJKSCHROEFF en F. DE VRIES - 1984. Gezinsverzorging in Amsterdam: onderzoek naar de effecten van de bezuinigingen. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Andragologie
- BOERMA, W.G.W. - 1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984: cijfers over samenwerking deel 6. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BRUGGEN-GREVELINK, M. VAN DER - 1983. Waardering, woorden, werkelijkheid. Een onderzoek naar de waardering van de functie en de arbeidsbeleving van de helpsters in de langdurige hulpverlening bij een instelling voor gezinsverzorging. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Doctoraalscriptie

- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1982. Kliënten van de instellingen voor gezinsverzorging: eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28 september tot en met 25 oktober 1980 gehouden onderzoek. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 4 no. 2, 37-50
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1983a. Inkomenspositie van de cliënten van instellingen voor gezinsverzorging. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 5, no. 1, 24-28
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1983b. Cliënten van de instellingen voor gezinsverzorging die naast gezinsverzorging nog andere hulp ontvangen. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 5, no. 4, 52-60
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984. Statistiek van de gezinsverzorging en gezinshulp. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1985. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder 1982; deel 2, extramuraal hulpverlening aan zelfstandig wonende personen van 65 jaar en ouder. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1982a. Landelijk indicatie en registratiesysteem (LIER-systeem); advies van de werkgroep landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling. Utrecht
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1982b. Informatiebulletin nr. 11 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekening van de instellingen voor gezinsverzorging over de 13^e administratieve periode 1981
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1983a. Eindrapportage programmeringsgroep integraal beleid gezinsverzorging (PINT). Utrecht
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1983b. De gezinsverzorging binnen de eerste lijn. Utrecht
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1984a. Informatiebulletin nr. 19 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekening van de instellingen voor gezinsverzorging over de 6^e administratieve periode 1984. Utrecht
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1984b. De gezinsverzorging binnen de thuiszorg. Utrecht
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1985. Extra Informatiebulletin nr. 21 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekening van de instellingen voor gezinsverzorging. Utrecht
- COOLEN, J.A.I. - 1980. Samenhang van voorzieningen voor bejaarden. Sociologische Gids, 27, no. 1, 47-66

- COOLEN, J.A.I. - 1982. Bejaarden en maatschappelijke dienstverlening: een empirische studie over bereik, inhoud en gevolgen van gezinsverzorging. Enschede, Technische Hogeschool Twente, afdeling Bestuurskunde
- COOLEN, J.A.I. - 1984. Mogelijke substitutie tussen intramurale en extramurale zorg. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 15, no. 3, 115-124
- DAMSMA-NIJLAND, E. - 1984. Als ik jou toch niet had. Cadier en Keer, Afstudeerscriptie
- FIERET, G. - 1982. Werken in de gezinsverzorging. Tilburg, Katholieke Hogeschool, Psychologie van arbeid en organisatie
- FRIJDA, J.S. - 1984. Inventarisatie werkdifferentiaties binnen de gezinsverzorging. Utrecht, Centrale Raad voor Gezinsverzorging
- GSD (GEMEENTELIJKE SOCIALE DIENST), INSTELLINGEN VOOR GEZINSZORG EN BEJAARDENHULP - 1980. Onderzoek rond de gezinszorg in Nijmegen naar aanleiding van bezuinigingsmaatregelen van het Ministerie van CRM. Nijmegen
- GOEWIE, R. - 1982. Gezinsverzorging in Rheden, Brummen en Rozendaal: een onderzoek naar regionale verschillen in hulpverlening door gezinsverzorging. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- GOEWIE, R. - 1984. Fictieve bezuinigingen in de gezinsverzorging. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- GROOT, H. DE, H. VAN DER MEER en J.M.M. RITZEN - 1981. Dienstverlening en gezondheidszorg; een modelmatig vooronderzoek. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau
- HAM, K. VAN DER en J. POSTHUMA - 1981. Eindrapport marktonderzoek naar de hulpvraag op de bestaande markt van de gezinsverzorging in Delft. Leiden, Rijksuniversiteit, Vakgroep Klinische Psychologie
- HATTINGA-VERSCHURE, J.C.M. - 1984. Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten. Utrecht, Rijksuniversiteit, vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie
- HUZEN, Th.P. en J.A.I. COOLEN - 1983. Indicatiestelling in de gezinsverzorging: een verkenning bij 10 instellingen. Enschede, Technische Hogeschool, Centrale Raad voor Gezinsverzorging
- IBO (INTEGRAAL BELEIDSOVERLEG TUSSEN HET MINISTERIE VAN WVC EN DE CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1983. De zwaar hulpbehoevende cliënt in de gezinsverzorging. Rijswijk

- 's JACOB, R.R. - 1982. Omnibusenquête gezinsverzorging 1981. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- 's JACOB, R.R. - 1983. Gezinsverzorging Groningen: een proefonderzoek in werkgebieden van twee instellingen voor gezinsverzorging naar de samenhangen in en om de gezinsverzorging. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- KEMPEN, G.I.J.M., F.L.P. VAN SONDEREN, Th.P.B.M. SUURMEIJER en W.J.A. VAN DEN HEUVEL - 1985. Op maat gemeten: verslag van een onderzoek onder cliënten en hun mantelpersonen van de 7x24-uursdienst van de gezinsverzorging in Velp; deelrapport. Groningen, Rijksuniversiteit, Medische Sociologie
- KUIK, R. - 1984. "Ik dacht, oh, wat moet ik nou toch zeggen, maar ik zei helemaal niks": ongewenste intimiteiten in de gezinsverzorging. Tilburg Mollerinstituut, Gezondheidskunde
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1985. Rijkssubsidieregeling gezinsverzorging. Rijswijk
- NSS (N.V. v/h NEDERLANDSE STICHTING VOOR STATISTIEK), Gemeente 's-Gravenhage - 1980. Geïntegreerde wijkaanpak Moerwijk. 's-Gravenhage
- NOORT, P. - 1984. Opvoedingsideeën en opvoedingshandelen van ouders en gezinsverzorgsters: een onderzoek binnen een instelling voor gezinsverzorging. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Pedagogiek
- OUDENHOVEN, J. - 1984. Gezinszorg in beweging: organisatieverandering bij de gezinszorg Stadsgewest Roermond. Eindhoven, Technische Hogeschool, Bedrijfskunde
- POL, C. VAN DER - 1984. Een verkennend onderzoek met betrekking tot de hulpverlening van de Stichting voor Gezinsverzorging en Gezinshulp Haarlemmermeer en Omstreken. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Andragologie
- SCP (SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU) - 1980. Sociaal en Cultureel Rapport 1980. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- SCP (SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU) - 1984. Sociaal en Cultureel Rapport 1984. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- SGZWB (STICHTING GEZINSVERZORGING IN ZUIDWEST BRABANT) - 1985. Onderzoek gezinsverzorging in het tussengebied thuis-tehuis. Bergen op Zoom
- SONDEREN, F.L.P. VAN, Th.P.B.M. SUURMEIJER en W.J.A. VAN DEN HEUVEL - 1985. Op maat gemeten; verslag van een onderzoek naar 7x24-uurshulp bij de gezinsverzorging in Velp. Groningen, Rijksuniversiteit, Medische Sociologie

- TWIJNSTRA GUDDE NV, CRVG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1984. Functie-analyse-onderzoek gezinsverzorging: eindrapportage. Deventer
- VELDE, J.J. VAN DER - 1981. Helpen bij ouderen: onderzoek onder helpsters in de gezinsverzorging en bejaardenhulpverlening in Den Haag. 's-Gravenhage, Stichting Federatie van Instellingen voor Gezinsverzorging
- VELDE, J.J. VAN DER en A.C. APPELO - 1982. Dank u wel: onderzoek onder cliënten in de gezinsverzorging en bejaardenhulpverlening in Den Haag. 's-Gravenhage, Stichting Federatie van Instellingen voor Gezinsverzorging
- WALTA, F. - 1982(?). Wat heet hulp. Leeuwarden, Hogeschool Friesland
- WARMENHOVEN, N.E. - 1984. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- WITTE, J.A. - 1985. Inventarisatie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Drente. Assen, Drents Ondersteuningsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg
- ZELDENRUST, W. - 1981. Meisjes voor hele of halve dagen: Dienstbodes, huisverzorgsters, gezinshelpsters en gezinsverzorgsters in twintigste eeuw Nederland. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Sociologie

10 Samenwerking in de eerstelijns- gezondheidszorg

D. Wijkel

1. INLEIDING	367
2. MODELLEN VOOR SAMENWERKING IN DE EERSTELIJN	367
3. INVENTARISATIE EN REGISTRATIE VAN SAMENWERKING	369
4. BESCHRIJVING VAN CONCRETE SAMENWERKINGSPROJECTEN; INVENTARISATIE KNELPUNTEN	373
5. INTENSITEIT VAN SAMENWERKING	375
6. DE 'MEERWAARDE' VAN SAMENWERKING	378
7. EVALUATIE VAN 'KOSTEN' EN 'BATEN' VAN DE SAMENWERKING	381
8. EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSCENTRA DOOR MIDDEL VAN PATIENTENENQUETES	386
9. ASPECTEN VAN BOUW EN RUIMTELIJKE ORDENING	389
10. ONDERZOEK NAAR ANDERE DISCIPLINES DAN DE HUISARTS BINNEN DE GEZONDHEIDSCENTRA	389
11. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	392
LITERATUUR	393

1. INLEIDING

Samenwerking in de eerstelijns heeft tot veel publicaties geleid. De belangrijkste thema's die daarin aan de orde komen zijn onder meer de voor- en nadelen van samenwerken, de moeilijkheden bij het tot stand brengen daarvan en de oplossingen daarvoor. Als illustratie kan de uitvoerige literatuurlijst in het Vademecum 'Hulpverleners in samenwerking' dienen (Ten Cate, 1983). Slechts een betrekkelijk klein deel van de publicaties evenwel heeft betrekking op onderzoek. In de selectie van publicaties die op onderzoek zijn gebaseerd hebben we ons niet zulke strenge criteria gesteld als bijvoorbeeld Kruidenier in het Samsom Vademecum (Kruidenier, 1979), die uitsluitend kwantitatief onderzoek beschreef. Wij hebben ook kwalitatieve onderzoeken opgenomen, waarbij de keuze uiteraard soms arbitrair was.

In deze bijdrage wordt eerst aandacht besteed aan het begrip samenwerking als zodanig: in hoofdstuk 2 komt een aantal onderzoeken aan bod, waarin de samenwerking in een aantal analytische of beschrijvende categorieën wordt uiteengelegd. Daarna volgen drie hoofdstukken waarin projecten aan de orde komen met een overwegend beschrijvend karakter (hoofdstuk 3 tot en met 5). De evaluatie van samenwerking vormt het onderwerp van de hoofdstukken 6, 7 en 8. In hoofdstuk 9 komen aspecten van ruimtelijke ordening en bouw aan bod.

Aangezien in vele onderzoeken naar samenwerking de huisarts een centrale plaats heeft, bleek het onvermijdelijk dat ook in dit hoofdstuk vooral de invloed van samenwerking op de huisartsendisipline wordt besproken. Voor zover de andere beroepen nog niet in de voorgaande hoofdstukken aan de orde zijn gekomen, wordt daar in hoofdstuk 10 in voorzien. De bijdrage wordt besloten met conclusies en suggesties voor verder onderzoek.

2. MODELLEN VOOR SAMENWERKING IN DE EERSTELIJN

In het rapport 'Bouwstenen voor de opbouw van de gezondheidscentra' (Verhaaren, 1982) worden op basis van intensief onderzoek bij acht gezondheidscentra zogenaamde consistente basistypen voor de inrichting van de hulpverlening en organisatie van gezondheidscentra ontwikkeld. Verhaaren onderscheidt drie basistypen; één met segmentele

afstemming, waarin de hulpverleners zich voornamelijk 'autonoom' opstellen en een tweetal met collegiale afstemming. Bij dit laatste type worden twee subtypen onderscheiden, namelijk collegiale afstemming die hulpverlener-gericht is, en collegiale afstemming die cliënt-gericht is.

Bij de eerstgenoemde vorm van samenwerking is het 'gezondheidscentrum' nauwelijks meer dan een gemeenschappelijke huisvesting. In het tweede subtype heeft de 'samenwerking' de vorm van geïntegreerde hulpverlening gekregen. Verhaaren maakt dit onderscheid in basistypen vooral om daar de organisatorische vormgeving van gezondheidscentra op af te stemmen.

Voor de inhoudelijke samenwerking ontwikkelde Visser (1980) een cumulatief hiërarchisch opgebouwd schema, waarin vijf niveaus werden onderscheiden (zie schema 1).

Beide genoemde indelingen kunnen in beschrijvend of evaluerend onderzoek als ordeningsprincipe gebruikt worden. Alleen van de niveau-indeling van Visser is een toepassing bekend (Hofman, 1983). In een analyse van het samenwerkingsproject 'Sparndammer en Zeeheldenbuurt' in Amsterdam, laat Hofman zien dat de ontwikkeling in het niveau van samenwerking een duidelijke golfbeweging vertoont. De weg van niveau 1 naar niveau 5 is geen rechte, maar "een proces van vallen en opstaan".

Schema 1: opklimmende niveaus van samenwerking

niveaus	informatie	overleg	uitgangspunten	verantwoordelijkheid
1	achteraf	geen	individueel	individueel
2	vooraf	geen	individueel	individueel
3	vooraf	wel	individueel	individueel
4	vooraf	wel	gemeenschappelijk	individueel
5	vooraf	wel	gemeenschappelijk	gemeenschappelijk

Bron: Visser, 1980

Hoewel minder analytisch opgezet dan bovengenoemde projecten, kan ook de experimentele opzet van de gezondheidszorg in Almere in dit hoofdstuk genoemd worden. Het S-1 project heeft hier een onderzoek verricht naar de gewenste structuur en organisatie van de gezond-

heidszorg, waarbij een versterkte en onderling intensief samenwerkende eerstelijns voorop stonden.

In het eindadvies (Bless, Van Bree en de Weerd, 1980) wordt geconcludeerd dat de eerstelijnsgezondheidszorg het best per wijk kan worden georganiseerd. In een wijk van ongeveer 30.000 inwoners zouden dan drie gezondheidscentra kunnen functioneren. De medewerkers van die gezondheidscentra zouden allen in loondienst moeten werken. De hulpverlening kan het best door een klein team geschieden. Voor integratie op het bestuurlijk niveau zijn grotere eenheden geschikter.

In het Project Gezondheidszorg Almere wordt door een projectteam, bijgestaan door een stuurgroep en diverse subgroepen met deskundigen, direct belanghebbenden en de overheid, gepoogd vorm te geven aan een samenhangend stelsel van (gezondheids)zorgvoorzieningen (Bless, 1983).

Het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) zijn belast met de wetenschappelijke evaluatie. Een eerste rapport met een beschrijving van de uitgangssituatie is inmiddels verschenen (Sixma en Van de Voort, 1985).

3. INVENTARISATIE EN REGISTRATIE VAN SAMENWERKING

Het inventariseren en registreren als onderzoeksactiviteit is te beschouwen als een eerste stap in het onderzoek op een nog onontgonnen terrein, en ook als het hechte fundament waarop verder onderzoek gebaseerd kan worden.

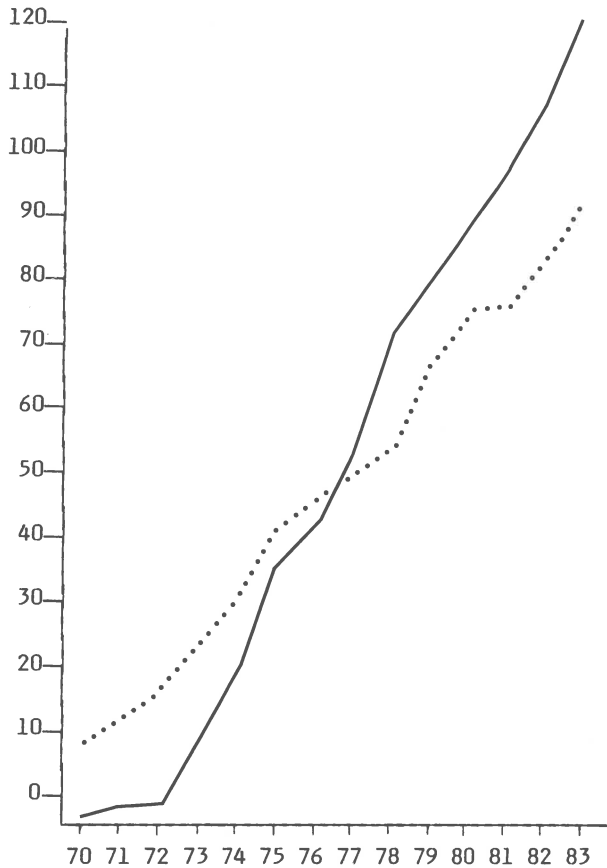
De laatste omschrijving is duidelijk van toepassing op het project 'Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden', dat door het NIVEL wordt uitgevoerd. Naast de continue registratie van gezondheidscentra en groepspraktijken (o.a. Boerma, 1984) en sinds kort ook home-teams worden met zekere regelmaat inventarisaties verricht van specifiek hulpaanbod in die samenwerkingsverbanden.

Uit het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden komt de volgende grafiek, waaruit de gestage groei van het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken valt af te lezen.

Het aantal gezondheidscentra groeide van 3 in 1970, via 34 in 1975 en 88 in 1980, tot 140 in 1985 (Boerma, 1985).

Grafiek 1: Het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken van 1970

———— = Gezondheidscentra
..... = Groepspraktijken



Bron: Boerma, 1984

De beperking van het registratiesysteem was tot nu toe dat slechts twee formele vormen van samenwerking geregistreerd werden. In de eerste plaats vielen daardoor de 'home-team-achtige' vormen van samenwerking buiten het systeem en in de tweede plaats vond geen indeling in vormen van inhoudelijke samenwerking plaats, zoals die in het vorige hoofdstuk ter sprake kwamen.

Inmiddels is het ROS-project ook begonnen met de registratie van home-teams, zodat de eerste beperking niet meer geldt.

Uit diverse regionale inventarisaties van samenwerking is al vast komen te staan dat de multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg een grote omvang heeft genomen (Brinks en Vonk, 1980; Ten Cate, 1983; Houwing en Geertsema, 1981; de Sain, 1980; Mulder, 1982; Van Beugen e.a., 1981; PCMW, 1983; Van Ingen, 1983; Van Hout en Terra, 1983; DOEL, 1984; PPSEG, 1982; Van Duijn en Wuis-ter, 1980). Wel ziet het er naar uit dat lang niet altijd uitgegaan is van eenduidige criteria.

Op basis van deze inventarisaties berekende Verhaak dat in Groningen 14 % van de gevestigde huisartsen en in Limburg 34 % van de huisartsen in een home-team werkt (Verhaak, 1984b). Op basis van een landelijke enquête onder huisartsen die niet in gezondheidscentra en groepspraktijken werken schat Wijkkel dat tenminste 30 % van de huisartsen aan een home-team-achtige vorm van samenwerking deelneemt (Wijkkel, 1984). Voor het algemeen maatschappelijk werk ligt het deelnamepercentage nog hoger, zoals bijvoorbeeld blijkt uit onderstaand overzicht uit het INSA-project dat de samenwerkingsrelaties van de drie kerndisciplines in Friesland weergeeft (Van Beugen, e.a., 1981).

Tabel 1: samenwerkingsrelaties in de provincie Friesland

	huis- artsen	wijkverpl. kundigen	maatsch. werkers
incidenteel multidiscipl. overleg	30 %	15 %	40 %
home-teams	22 %	20 %	25 %
sociaal café	8 %	10 %	14 %
welzijnsoverleg	8 %	8 %	38 %

Bron: Van Beugen, 1981.

Het CBS telde per 31 december 1981 via instellingen van maatschappelijke dienstverlening 530 home-teams in Nederland (CBS, 1984).

Het meest recente onderzoek (Hamers en Boerma, 1985) onder een representatieve steekproef van huisartsen in solo- en duopraktijken levert als resultaat op dat 26% van de huisartsen in solopraktijken en 42% van de huisartsen in duopraktijken in een multidisciplinair samenwerkingsverband werken dat ze zelf 'home-team' noemen.

Behalve het home-team wordt in de eerder genoemde publicaties nog een aantal andere multidisciplinaire samenwerkingsvormen gevonden. Het **sociaal café** is daarbij de qua aantal disciplines meest omvattende maar tegelijkertijd qua intensiteit van de samenwerking meest vrijblijvende vorm. Het Drents Ondersteuningsplatform (DOEL) definieert deze overlegvorm als volgt: "een groot deel van de hulpverleners uit de medische en maatschappelijke sector van een wijk of dorp overleggen met als doel het verkrijgen van inzicht in elkaars werkwijze en mogelijkheden en het bespreken van gemeenschappelijke problemen en probleemgevallen" (DOEL, 1984).

Een wat minder vrijblijvende vorm waarbij vooral gepraat wordt over algemene vraagstukken van hulpverlening of het verwerken van signalen uit de wijk, wordt **functionarissen-contact** of **(wijk-)welzijns-overleg** genoemd. Het aantal hulpverleners is daarbij minder groot dan bij het sociaal café.

Ook komt onder de naam **medewerkerssprekuur** een overlegvorm voor, waarbij hulpverleners tijdens een regelmatig spreekuur in steeds wisselende samenstelling bilateraal 'zaken doen'. Hierbij kan ook sprake zijn van overleg over gemeenschappelijke patiënten, wat bij het sociale café en het functionarissen-contact niet gebruikelijk is, maar juist wel bij het home-team.

Kijkt men naar de spreiding van deze overlegvormen dan blijkt (voor zover er gegevens zijn) dat er tussen provincies aanzienlijke verschillen bestaan in het voorkomen van de verschillende vormen van samenwerking.

Bij de landelijke registratie van home-teams waarmee - zoals gezegd - door het NIVEL een begin is gemaakt, worden de volgende criteria gehanteerd voor opname van het home-team in de registratie:

- van het home-team maken tenminste deel uit: huisarts(en); wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werker(s).
- de aanwezigheid tijdens bijeenkomsten is voor deze drie kerndisciplines in principe verplicht.
- er is een vaste regelmaat in vergaderfrequentie; minimaal eenmaal per maand.
- het overleg is voornamelijk gericht op de directe hulpverlening aan patiënten/cliënten.

Met het beginnen van deze registratie zal ook het onderzoek naar home-teams nieuwe impulsen krijgen.

De verwachting is dat door de gebruikte, vrij strikte, definitie het aantal home-teams lager zal zijn dan in de hiervoor geciteerde onderzoeken.

Met de naderende Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening wordt ook in verschillende gemeenten onderzoek verricht naar de bestaande situatie en worden de gewenste ontwikkelingen geformuleerd. De gemeenten in de proefregio's lopen daarbij voorop. Als voorbeeld noemen wij de gemeente Helmond waar op basis van literatuurstudie, vragenlijsten, interviews en statistisch materiaal een beleidsnota Eerstelijnsgezondheidszorg werd opgesteld (Gemeente Helmond, 1983).

Een inventarisatie van de ondersteuning van de eerte lijn werd verricht door Breemer ter Stege en Vrij (1979). Zij concluderen dat er noch in de eerste lijn, noch in de ondersteuning daarvan sprake is van erg veel samenhang.

Binnen het al genoemde ROS-project is een aantal studies verricht naar de hulpverlening van werkers in gezondheidscentra op een aantal terreinen (verloskunde, stervens- en rouwbegeleiding, jeugdgezondheidszorg). Deze zullen behandeld worden in hoofdstuk 6, handelend over de 'meerwaarde' van samenwerking.

4. BESCHRIJVING VAN CONCRETE SAMENWERKINGSPROJECTEN; INVENTARISATIE KNELPUNTEN

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van onderzoek waarin een concreet samenwerkingsverband centraal staat. In de meeste gevallen betreft het een vorm van samenwerking met een min of meer innoverend karakter. Het onderzoek is veelal beschrijvend; soms wordt geprobeerd de beschrijving te systematiseren.

Riphagen beschrijft in zijn dissertatie de geschiedenis van het gezondheidscentrum Ommoord (Riphagen, 1980). Ook van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord is een uitgebreide geschiedschrijving vorhanden (Vos, 1977), alsmede van het home-team Maastricht-West (Lodewick, Van Rijn, Stalenhoef, e.a., 1976).

Vooraf van de samenwerkingsprojecten in Amsterdam zijn in ruime mate beschrijvingen verschenen (Meijerink en Van der Willigen, 1981; Salemink, 1981; Hofman, 1983).

Het al eerder genoemde rapport over de eerstelijnsamenwerking in de Spaarndammer- en Zeeheldenbuurt in Amsterdam stijgt boven het niveau van beschrijving uit. Niet alleen wordt het model van Visser als analytisch instrument gebruikt om de ontwikkeling in de samenwerking te onderzoeken, maar ook wordt het samenwerkingsproject in Amsterdam

systematisch vergeleken met een samenwerkingsproject in De Pijp en in Utrecht (De Sain, 1980). Een aantal uitgangspunten van de hulpverlening en een aantal knelpunten in de uitvoering daarvan worden daarbij besproken.

Op basis van verschillende geschriften waarin de knelpunten aan de orde komen, heeft Van Soolingen-Steenvoorden het onderstaande lijstje van algemeen voorkomende knelpunten gemaakt (ontleend aan: Van Soolingen-Steenvoorden, 1983).

Knelpunten samenwerking in de eerstelijns:

- Verschil in opvattingen over samenwerking en visiemodellen; zowel binnen als tussen de disciplines.
- Overlappenden in werkzaamheden.
- De verschillende disciplines hebben hooggestemde verwachtingen van elkaar, welke nogal eens onuitgesproken blijven.
- Samenwerken kost tijd, hetgeen vooral voor de vrijgevestigden een financieel risico betekent.
- Het vrije ondernemerschap van huisarts en fysiotherapeut, tegenover het organisatiegebundene van wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers.
- Er is geen sprake van eenzelfde cliëntenbestand. De huisarts werkt praktijkgebonden, terwijl de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers ten behoeve van alle inwoners van een bepaalde wijk werkzaam zijn.
- Onduidelijkheden in de verantwoordelijkheden voor de coördinatie van het geïntegreerde hulpverleningsaanbod.
- Het ontbreken van ondersteuning in de vorm van begeleiding en in de vorm van bijscholing.

Deze knelpunten worden ook genoemd in het rapport dat bekend geworden is als het FAG-rapport (Beljaars, De Ceuninck van Capelle, Dillman e.a., 1982), waarbij 'FAG' staat voor (werkgroep) Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. Daarnaast wordt - zoals de naam van de werkgroep al doet vermoeden - veel aandacht besteed aan de knelpunten op het terrein van de financiering van gezondheidscentra. In het onderzoek wordt vooral ingegaan op de bewerkelijkheid van de praktijk in een grote stad met veel alleenstaanden en immigranten, en daarnaast veel migratie. Ook de specifieke eisen die de organisatie van gezondheidscentra stelt worden aangevoerd als argument voor extra financiële middelen.

5. INTENSITEIT VAN SAMENWERKING

De intensiteit (of wellicht intensiviteit) van samenwerking is door een aantal onderzoekers beschreven; daarbij is vooral aandacht besteed aan de hoeveelheid tijd die samenwerking in beslag neemt. Het betreft in de meeste onderzoeken de tijd die in formele bijeenkomsten aan overleg besteed wordt (Van der Zee, 1979; Mulder, 1982; Wijkel, 1984, Ten Cate en Van Dijke, 1981; Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum e.a., 1985).

Van der Zee rapporteert over alle gezondheidscentra en groepspraktijken, die in 1978 in het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden waren opgenomen, Wijkel rapporteert over een landelijke steekproef solo- en geassocieerde artsen, terwijl Mulder de situatie in Zuid-Holland beschrijft. Ten Cate rapporteert over een analyse van jaarverslagen van gezondheidscentra, ingediend ter verkrijging van subsidie in het kader van de Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden.

Bertels c.s. doen verslag van een tijdsregistratie bij fysiotherapeuten in Amsterdamse gezondheidscentra.

Het overleg tussen de verschillende disciplines wordt door deze auteurs in een aantal dimensies uiteengelegd. De eerste dimensie betreft de inhoud van het overleg. Naast het patiëntenoverleg, wat qua tijdsbesteding duidelijk het belangrijkste onderdeel is van het overleg, worden nog als overlegonderwerpen onderscheiden: huishoudelijk/organisatorisch overleg, beleidsoverleg, overleg over samenwerking en persoonlijk functioneren, themabespreking/onderlinge nascholing en toetsing. Uiteraard komen ook allerlei combinaties voor.

Een tweede dimensie wordt gevormd door de categorieën monodisciplinair overleg (binnen één discipline); bi-disciplinair overleg (tussen twee disciplines) en multidisciplinair overleg (tussen meerdere disciplines).

De derde dimensie is de tijdsbesteding. De beschrijving kan zowel de gemiddelde tijdsduur van het overleg als frequentie en duur betreffen. De overlegtijd van huisartsen wordt door alle auteurs beschreven. Van der Zee en Ten Cate beschrijven daarnaast ook de overlegtijd van andere disciplines in gezondheidscentra en groepspraktijken. Aan de rapportage van Wijkel ontlene we de volgende vergelijking van hoeveelheid overlegtijd van huisartsen in verschillende samenwerkingsituaties.

Tabel 2: gemiddeld aantal uren gestructureerd overleg per maand

	monodiscipl. overleg		bi-discipl. overleg		multi-discipl. overleg	
	1978	1982	1978	1982	1978	1982
solo-artsen	2.5	4.2	1.7	.3	0	0
geassocieerde artsen*	10.7	14.7	.3	4.5	0	0
solo-artsen in home-team	3.2	5.2	2.5	.3	.2	2.2
geass. artsen in home-team*	14.2	15.2	3.2	4.2	.3	2.7
artsen in groepspraktijken	6.6		2.7		1.4	
artsen in gezondh.centra	5.7		2.2		8.9	

* De monodisciplinaire overlegtijd van geassocieerde artsen is door de gevolgde meetmethode wellicht overschat.

Bron: Wijkel, 1984.

De vergelijking kan alleen gemaakt worden voor 1978. Wanneer de rapportage van een recent door het NIVEL uitgevoerde inventarisatie van overlegtijd in de gezondheidscentra en groepspraktijken gereed is, kunnen de lege cellen worden ingevuld.

In het onderzoek van Wijkel werd ook nagegaan of de intensiteit van de samenwerking van huisartsen met andere disciplines invloed had op het verwijscijfer. Dit is onderzocht voor zowel de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken, als huisartsen in solo- en duo-praktijken. Een lineair verband tussen de intensiteit van de verschillende vormen van samenwerken (mono-, bi-, of multidisciplinair) en verwijscijfers kon niet vastgesteld worden. Alleen binnen de subgroep van geassocieerde huisartsen kon een zwak lineair verband gevonden worden. Aangezien de manier waarop de intensiteit van samenwerking gemeten is (vragenlijsten) minder betrouwbaar is dan observatie of registratieonderzoek, was het niet mogelijk duidelijke conclusies te trekken (Wijkel, 1983, 1984).

In het FAG-rapport wordt voor de Amsterdamse gezondheidscentra een inventarisatie verricht van de hoeveelheid tijd die aan coördinerende werkzaamheden wordt besteed. Men komt tot de onthutsende conclusie dat de huisartsen gemiddeld 28% van hun bruto werktijd (aanstellingstijd + overwerktijd) aan coördinatie besteden; maatschappelijk werkers 36%; de wijkverpleegkundigen 37% en de fysiotherapeuten 33%. De praktijkassistenten haalden 21%.

In deze tijd zijn alle coördinerende werkzaamheden begrepen, zowel de inhoudelijke patiëntbesprekingen als overleg met bijvoorbeeld ondersteunende instanties (Beljaars, De Ceuninck van Capelle, Dillmann, e.a., 1982).

In het Amsterdamse onderzoek naar het functioneren van fysiotherapeuten in gezondheidscentra is een tamelijk volledige registratie van de tijdsbesteding verricht. We ontlene tabel 3 aan de synopsis van het onderzoeksverslag. (Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum, e.a., 1985)

Tabel 3: de tijdsbesteding van een full-time werkende fysiotherapeut in uren per week en in percentages van de aanstellingstijd

	uur per week	% van 40 uur
totaal hulpverlening	34.2	85%
totaal hulpverleningsbeleid	2.7	7%
totaal organisatorisch overl.	5.6	14%
totaal overige activiteiten	5.6	14%
totaal	48.1	120%

Bron: Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum, e.a., 1985

Uit tabel 3 komt duidelijk naar voren dat een belangrijke proportie tijd door de fysiotherapeuten aan activiteiten buiten de directe hulpverlening wordt besteed. Door Bertels wordt betoogd dat deze - voor fysiotherapeuten belangrijke - taken voornamelijk in niet-betaalde vrije tijd worden gedaan, zodat de subsidie voor samenwerkingstijd in het kader van de Voorlopige Richtlijnen van de Ziekenfondsraad bij lange na niet voldoende is.

In het gezondheidscentra Ommoord, waar Lamberts in 1975 onderzoek deed, was het aantal contacten tussen de verschillende hulpverleners ongeveer 68 per dag (Lamberts, 1976).

Verreweg de meeste contacten zijn face-to-face-contacten, maar ook wordt er regelmatig telefonisch of schriftelijk gecommuniceerd; de telefoontjes betreffen voornamelijk contacten met hulpverleners buiten het gezondheidscentrum en het schriftelijke contact betreft

vooral verwijsbriefjes voor fysiotherapie en verloskunde en eindver-
slagen fysiotherapie.

Met betrekking tot de onderlinge communicatie concludeert Lamberts dat de huisartsen een centrale plaats bezetten in de communicatie-structuur: alle andere disciplines communiceren met hen het meest. Het initiatief tot een contact wordt het meest door de wijkverpleegkundigen genomen, gevolgd door huisartsen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werk; verloskundigen zijn wat minder actief in dit opzicht. Ondanks de centrale plaats van de huisarts vindt er (uiteraard) veel communicatie plaats waaraan hij niet deelneemt; vooral wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten hebben regelmatig overleg met andere disciplines dan de huisarts.

Vooraf de wijkverpleegkundigen kennen een intensief 'intercollegiaal' overleg over patiënten, verloskundigen vrijwel niet.

Op basis van deze gegevens concludeert Lamberts dat de ad hoc-contacten over patiënten in een gezondheidscentrum een veel belangrijker plaats innemen dan de georganiseerde casuïstiekbesprekingen.

6. DE 'MEERWAARDE' VAN SAMENWERKING

De aandacht van het onderzoek naar samenwerken in de eerstelijns heeft zich de laatste jaren steeds meer gericht op wat men wel de 'meerwaarde' van samenwerking noemt. Men doelt dan niet alleen op output-criteria als verwijs- en opnamecijfers (die in het volgende hoofdstuk aan bod zullen komen), maar ook op de vraag of de werkwijze of het 'dienstenaanbod' in samenwerkingsverbanden verschillend is van wat wordt aangetroffen in andere praktijkvormen.

We noemen allereerst het onderzoek op basis van het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden van het NIVEL (Hamers en Boerma, 1985). Door middel van vragenlijsten bij een steekproef huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken is een vergelijking gemaakt van het dienstenaanbod van artsen in verschillende praktijksituaties. De al eerder verrichte inventarisaties bij gezondheidscentra en groepspraktijken op het terrein van stervensbegeleiding, verloskundige zorg, jeugdgezondheidszorg en preventie dienen daarbij als referentiekader (Boerma, 1982, 1983 en 1985; Boerma en Hamers, 1984). We zullen allereerst de resultaten van deze inventarisatie weergeven.

Wat betreft verloskundige hulp bleek dat de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken slechts een marginale positie innemen in de verloskundige zorg. Slechts 16% van de bevallingen wordt door huisartsen geleid.

Een meerderheid van de huisartsen in het onderzoek, 60%, heeft geen verloskundige praktijk. Eénderde vindt het ook geen taak voor de huisarts of betwijfelt die taak. Het aandeel van de huisartsen in het aantal bevallingen neemt ook steeds meer af, ten gunste van de gynaecologen/obstetrici. Veel verloskundig praktizerende huisartsen doen eigenlijk te weinig bevallingen om de routine te behouden. Op het terrein van samenwerking tussen huisarts en verloskundige worden verder hiaten gesignaleerd vooral waar het gaat om de betrokkenheid van de huisarts bij de prenatale en postnatale zorg (Boerma, 1983). Het onderzoek naar stervens- en rouwbegeleiding leverde de volgende resultaten op: de huisartsen in de gezondheidscentra en groepspraktijken krijgen jaarlijks met 11 à 12 sterfgevallen per jaar te maken. Wijkverpleegkundigen verzorgen jaarlijks 4 à 5 terminale patiënten, de fysiotherapeut 1 à 2 en de maatschappelijk werker minder dan 1. Als knelpunten in de terminale zorg worden de volgende aspecten genoemd: een moeilijke relatie met de patiënt en familie; de eigen weerstanden; het niet-weten en niet-kennen; een gebrekkige samenwerking en tijdgebrek. Het overleg over terminale patiënten dat de meeste hulpverleners hebben, wordt als onmisbaar ervaren.

In een kleiner team is de mogelijkheid tot frequent overleg over deze zorg groter, en is de tevredenheid over dat overleg groter. Over de samenwerking met de hulpverleners in ziekenhuizen zijn de huisartsen slecht te spreken (Boerma, 1982).

Ook over de jeugdgezondheidszorg zijn gegevens verzameld. Van de huisartsen in gezondheidscentra doet 57% een consultatiebureau voor zuigelingen, tegen 26% in groepspraktijken (Boerma en Hamers, 1984). De belangrijkste conclusie uit de vergelijking met solisten was dat er weinig verschillen tussen de artsen in gezondheidscentra en andere huisartsen zijn; ongeacht of deze huisartsen multidisciplinair in een home-team samenwerken of niet.

Artsen in gezondheidscentra blijken alleen duidelijk af te wijken op het terrein van de jeugdgezondheidszorg. Ze blijken vaker dan andere huisartsen een zuigelingen- en kleuterbureau te doen.

De nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen in een gezondheidscentrum en in een home-team, in combinatie met de beschikbare accommodatie in veel gezondheidscentra wordt door Hamers en Boerma als de belangrijkste verklaring voor de verschillen gezien.

Ook lijken er verschillen te bestaan voor wat betreft de verloskundige zorg, maar die worden verklaard door verschil in aanwezigheid van verloskundigen, het aantal particuliere patiënten en de urbanisatiegraad.

De multidisciplinair samenwerkende huisartsen verschillen op één aspect van de begeleiding van terminale patiënten met andere huisartsen. Ze zien hierin namelijk in sterkere mate ook een taak voor wijkverpleegkundigen.

Verhaak heeft met behulp van video-registratie van consulten, aangevuld met een vragenlijst, vastgesteld dat artsen in gezondheidscentra op een aantal punten andere opvattingen en normen hebben dan hun solistisch werkende collega's: ze hebben met name huisartsgeneeskundige opvattingen. Ze zien ook meer psychosociale problematiek en zijn meer bereid de patiënt een eigen inbreng te gunnen (Verhaak, 1984a).

In een eveneens op video-materiaal gebaseerd onderzoek constateerde Sanavro dat artsen die in gezondheidscentra werken meer aan 'vraagverheldering' doen en dat de klachten ook meer uitgediept worden; ook neemt men meer tijd voor de patiënt. Verschillen in klachtenaanbod, het gebruik van diagnostiek, of het terugbestellen konden niet vastgesteld worden (Sanavro, 1985).

Uit deze laatste twee onderzoeken mag men concluderen dat in gezondheidscentra artsen anders werken dan hun collega's in solo- of duo-praktijken.

In het onderzoek naar het functioneren van fysiotherapie in Amsterdamse gezondheidscentra komt ook de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten aan bod. Deze samenwerking blijkt niet alleen te bestaan uit het betrekken van de fysiotherapeut bij het stellen van een diagnose bij klachten van het bewegingsapparaat en betere (gerichtere) verwijzingen naar fysiotherapie, maar ook wordt de fysiotherapeut vaak betrokken bij het aanvragen van röntgenfoto's en verwijzingen naar specialisten. Het duidelijkst komt dat tot uiting bij verwijzingen in verband met het houdings- en bewegingsapparaat. Bij 40% van dergelijke verwijzingen werd de fysiotherapeut betrokken; bovendien bij 31% van de röntgenaanvragen. Het gaat dan vooral om patiënten die bij fysiotherapie in behandeling zijn.

In het rapport wordt ook de conclusie getrokken dat de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten tot minder verwijzingen naar medisch specialisten heeft geleid (Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum e.a., 1985).

In het onderzoek van Wijkkel kon geen relatie tussen verwijzingen

naar orthopedie en een nauwe samenwerking tussen fysiotherapie en solo- of duo-artsen worden vastgesteld (Wijkel, 1984).

7. EVALUATIE VAN 'KOSTEN' EN 'BATEN' VAN DE SAMENWERKING

Een echte 'kosten-baten-analyse' van het verschijnsel samenwerking in de eerstelijns is nog niet verschenen. Studies die zich bezighouden met de besparingen in medische consumptie door gezondheidscentra en de meerkosten die deze praktijkvorm met zich meebrengt zijn echter wel voorhanden. In een aantal publicaties worden die besparingen en meerkosten tegen elkaar afgewogen, (Beljaars, De Ceunick van Capelle, Dillmann e.a., 1982; Van Duuren en Hupkens, 1981; Peters en Wijkel, 1984). Zonder uitzondering worden de besparingen hoger geschat dan de meerkosten.

Het onderzoek naar de baten van multidisciplinaire samenwerking in het algemeen en van gezondheidscentra in het bijzonder, heeft zich voornamelijk gericht op verwijzingen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Om twee redenen is het onderzoek naar het verwijzniveau interessant. In de eerste plaats omdat multidisciplinaire samenwerking de zogenaamde integrale geneeskunde mogelijk moet maken; een aanpak die een antwoord beoogt te zijn op de steeds sterker wordende tweedelijnsgezondheidszorg. Het succes van die integrale geneeskunde kan dus mede afgemeten worden aan verwijscijfers.

In de tweede plaats is het beleidsmatig van belang de onevenredige groei van de tweedelijns af te zwakken door een versterkte eerstelijns meer patiënten te laten behandelen.

Geconfronteerd met het toenemende aantal verzoeken om financiële steun, gaf de Ziekenfondsraad al in 1976 opdracht een onderzoek uit te voeren naar het functioneren van (wijk)gezondheidscentra (ZFR, 1979, blz. 12). In dat onderzoek werden acht gezondheidscentra onderzocht die vóór 1974 waren begonnen.

De verwijscijfers van deze centra zijn gerelateerd aan de gegevens van acht gematchte controlepraktijken. De centra bleken 10% lagere verwijscijfers te hebben dan de artsen in de controlegroep. Het aantal waarnemingen in deze studie was echter te klein om tot een statistisch verantwoorde conclusie te komen.

Andere onderzoekers, die het verwijzniveau van de artsen in één of enkele gezondheidscentra onderzoeken, rapporteren ook steeds een lager verwijsperscentage voor de onderzochte centra (Crebolder, 1977a;

Schouwenberg en Postma, 1977; Van Weel, 1983; Beljaars, De Ceuninck van Capelle, Dillman e.a., 1982; Van Brunschot, 1984). Ook uit landelijke cijfers van de ziekenfondsen blijkt dat het verwijzingspercentage van gezondheidscentra voor een reeks van jaren aanzienlijk lager is dan van solo-artsen (Collaris, 1982).

Na een artikel in Medisch Contact, waarin werd gesteld dat de verschillen in verwijzingscijfers niet zijn terug te brengen tot verschillen in urbanisatiegraad e.d. (Van Duuren en Hupkens, 1981) en een artikel waarin een mogelijk verschil in leeftijdsopbouw als verklaring voor de lagere verwijzingscijfers werd geopperd (Dopheide en Van der Zee, 1981), besloot de Ziekenfondsraad in 1982 dat de zaak nu eens grondig onderzocht moest worden; het aantal gezondheidscentra was intussen ook zo groot geworden, dat het toepassen van statistische technieken mogelijk was geworden. Met behulp van multivariate analyses, waarin een groot aantal factoren die het verwijzingscijfer beïnvloeden constant gehouden werd, werd op basis van LISZ-gegevens van 1978 vastgesteld dat de verschillen inderdaad tegen statistische toetsing op schijnbaarheid bestand zijn (Wijkkel, 1983).

Tabel 4: gemiddelde verwijzingscijfers* van vijf praktijkvormen

	gemiddeld verwijzingscijfer
solo-praktijk	467
solo-arts + assistent	462
geassocieerde huisarts	457
groepspraktijk	454
gezondheidscentrum	425

* Aantal verwijskaarten per jaar per 1000 ziekenfondsverzekerden. De variabelen regio, urbanisatiegraad, afstand tot ziekenhuis, aanbod aan specialisten, praktijkgrootte en leeftijds-geslachtsverdeling van de praktijk zijn constant gehouden. De cijfers hebben betrekking op 1978.

Bron: Wijkkel, 1983.

Ook voor de jaren 1979 en 1980 werd, met behulp van gematchte paren, vastgesteld dat huisartsen in gezondheidscentra gemiddeld minder verwijzen naar specialisten. Vooral bij de beschouwende specialismen

waren de verwijscijfers duidelijk lager. Wanneer minder naar de tweede lijn wordt verwezen, ligt het voor de hand dat er ook minder opnamen en minder verpleegdagen zijn. Inderdaad bleek ook daar van 'besparingen' sprake te zijn, zij het in mindere mate (Wijkkel, 1983).

Binnen dit onderzoek, 'Samenwerken en Verwijzen' geheten, zijn overigens nog twee alternatieve verklaringen voor de verschillen in verwijsniveau aan de orde gekomen. In de eerste plaats is onderzocht of verschil in patiëntenpopulatie de lagere verwijscijfers zou kunnen verklaren, en in de tweede plaats is nagegaan of huisartsen in gezondheidscentra niet gewoon 'andere' huisartsen zijn dan hun collega's die in een andere praktijkvorm praktiseren, waardoor de lagere verwijscijfers (ten dele) verklaard zouden kunnen worden. Dit laatste aspect is echter al in hoofdstuk 6 aan de orde geweest, zodat we hier de resultaten van het onderzoek naar de mogelijke verschillen in praktijkpopulaties behandelen.

Afgezien van het al eerder onderzochte verschil in leeftijd, blijken de patiënten van gezondheidscentra gemiddeld beter opgeleid te zijn, hogere inkomens te hebben en vaker deel uit te maken van 'volledige' gezinnen. De gezondheidsenquête van het CBS werd als gegevensbron gebruikt. Verschillen waren er echter niet wat betreft de gezondheidsvariabelen, namelijk subjectief ervaren gezondheid en aantal chronische aandoeningen. Aangezien deze laatste variabelen de belangrijkste determinanten voor doktersbezoek en voor verwijzing zijn, concludeerde Wijkkel dat verschillen in patiëntenpopulatie geen verklaring kunnen vormen voor verschil in verwijscijfers (Wijkkel, 1985).

Andere kostenfactoren die door artsen in gezondheidscentra beheerst kunnen worden zijn nog nauwelijks onderzocht. Van Brunshot (1984) geeft wel gegevens over het voorschrijven van medicijnen en het gebruik van fysiotherapie, maar op basis van slechts enkele 'casus', zodat daaraan geen conclusies verbonden kunnen worden. Gezien de grote spreiding in de verdeling van het aantal machtigingen fysiotherapie is het natuurlijk mogelijk dat bij gezondheidscentra waarin fysiotherapeuten werken, het gebruik van fysiotherapie aanzienlijk hoger is dan bij andere praktijksituaties. Ten aanzien van het gebruik van röntgen- en laboratoriumfaciliteiten, werd in het Withuis een belangrijk frequenter gebruik geconstateerd dan bij andere huisartsen (Crebolder, 1977a).

Het eerder geciteerde onderzoek naar het functioneren van fysiotherapie in Amsterdamse gezondheidscentra levert voor de Amsterdamse situatie gegevens die wijzen op een zuiniger gebruik van fysiothera-

pie door huisartsen in een gezondheidscentrum. Dat komt echter niet zozeer tot uiting in minder 'verwijzingen naar fysiotherapie'; het aantal machtigingen is vergeleken met landelijke cijfers zelfs hoog. De kosten voor fysiotherapeutische behandeling per verzekerde liggen echter duidelijk lager (tabel 5).

Tabel 5: verwijzingen door huisartsen naar fysiotherapie en kosten per verzekerde (1983)

	aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten per 1000 verzekerden	kosten per ver- zekerde in guldens
vier Amsterdamse centra	167	48
Amsterdam	191	89
Nederland	-*	55

* Landelijke cijfers zijn niet voorhanden, maar deze liggen waarschijnlijk lager dan in Amsterdam.

Bron: Bertels, Ten Brummeler, Van Dijkum, e.a., 1985

De verschillen kunnen niet verklaard worden door verschil in leeftijdsopbouw. Volgens Bertels c.s. worden deze besparingen bereikt door een regelmatig overleg met de huisarts, waardoor niet, als een soort automatisme, het maximum aantal te declareren behandelingen wordt gedaan.

Een tweede aspect vormt het zogenaamde spreekuur dat door deze fysiotherapeuten wordt gehouden. Tijdens dat spreekuur wordt samen met de patiënt een behandelplan opgesteld, maar ook komt het voor dat wordt volstaan met het meegeven van een oefenschema, waarmee de patiënt zelf aan de slag kan (al of niet aangevuld met een paar behandelingen).

De andere werkwijze van deze fysiotherapeuten zou dus tot lagere kosten kunnen leiden. Mede op basis van deze resultaten stellen de onderzoekers dat het financieringssysteem van fysiotherapie in gezondheidscentra op de helling moet (spreekuurcontacten bijvoorbeeld worden niet gehonoreerd). Men stelt een budgetfinanciering voor waarbinnen de fysiotherapeut grotere mogelijkheden krijgt om in te spelen op veranderingen in de hulpvraag.

Onderzoek naar de financiering van gezondheidscentra is verricht door de FAG-werkgroep in Amsterdam en door het NHI, in samenwerking met het SI-project. In het FAG-rapport wordt een groot aantal knelpunten in de financiering genoemd. Vooral tegen de subsidiënormen die door de Ziekenfondsraad gehanteerd worden, blijkt men grote bezwaren te hebben. Naast de specifieke Amsterdamse problematiek die een extra bewerkelijke praktijk oplevert, wordt de organisatorische onderbezetting voor bedrijfsmatige en inhoudelijke coördinatie en ondersteuning van gezondheidscentra als knelpunt genoemd.

De wens om een andere functie vervulling van huisartsen en fysiotherapeuten via een kleinere praktijk te realiseren, blijkt strijdig te zijn met de normen van de Ziekenfondsraad. De specifieke aanlooptekorten van gezondheidscentra door aanvankelijk geringe patiëntenaantallen en de overname van bestaande praktijken bij de loondienstcentra vraagt volgens de FAG-werkgroep ook om aanvullende subsidieregelingen (Beljaars, De Ceuninck van Capelle, Dillmann e.a., 1982).

De verdeling in structurele tekorten en aanlooptekorten is één van de belangrijkste onderzoeksaspecten in het NHI-onderzoek. In de eerste fase van dat onderzoek werden de centra met hulpverleners in loondienst onderzocht, terwijl in de tweede fase de centra met vrije beroepsbeoefenaren aan een onderzoek zijn onderworpen. In dit onderzoek worden de gehanteerde financiële regelingen en belastingaspecten behandeld.

Naast een empirisch deel, waarin de financiële perikelen van gezondheidscentra zijn geïnventariseerd, is in de tweede fase een computermodel ontwikkeld, met behulp waarvan de variabelen die van invloed zijn op de financiële positie van een gezondheidscentrum systematisch gevarieerd kunnen worden. Op deze wijze kan worden nagegaan onder welke condities zij wel of geen tekorten zullen hebben.

Van de 18 onderzochte centra, waar de hulpverleners in loondienst werken, is voor het jaar 1979 vastgesteld dat, indien geen rekening wordt gehouden met subsidies, alle centra tekorten vertonen; totaal ruim f 5,5 miljoen gulden. Dat komt overeen met 39% van de totale lasten.

Na toekenning van de subsidiebedragen blijven er voor 10 centra tekorten bestaan, die uiteen lopen van f 500,- tot f 223.800,- per centrum. Circa 58% van die tekorten kunnen als aanlooptekort aange merkt worden. De personeelskosten van het 'niet-hulpverlenende' personeel en de bureau- en organisatiekosten blijken belangrijke bronnen van tekorten te zijn. De gehanteerde normen voor huisvesting, inschaling van personeel en patiëntenaantallen blijken er in veel centra toe te leiden dat de subsidies ontoereikend zijn om tot een

sluitende begroting te komen. Veel centra streven bewust een lager patiëntenaantal na dan de norm van de Ziekenfondsraad aangeeft (Peters, 1982).

Bij centra waar hulpverleners niet in loondienst werken komen tekorten - na subsidietoekenning - even vaak voor, namelijk bij 55% van deze centra. De tekorten bij deze centra komen niet zozeer in de exploitatieresultaten van de centrumexploitant tot uiting alswel in het inkomen van de huisartsen: hun netto honorering is soms aanzienlijk lager dan het landelijk norminkomen veronderstelt. Desondanks is de gemiddelde omvang van de tekorten aanzienlijk lager dan bij de loondienstcentra. Dit verschil is grotendeels terug te voeren op het feit dat huisartsen bij laatstgenoemde centra gemiddeld 750 patiënten minder hebben (Peters, 1984).

8. EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSCENTRA DOOR MIDDEL VAN PATIËNTENENQUÊTES

De mening van patiënten (consumenten) over de gezondheidszorg kan gezien worden als één van de indicatoren voor de kwaliteit ervan. Zowel hulpverleners als beleidsinstanties zijn daarin geïnteresseerd. Aangezien de materiaalverzameling relatief eenvoudig is, is er een rijke oogst aan rapportages op basis van patiëntenenquêtes. In een vrij omvangrijk onderzoek, uitgevoerd door Itoba, is onder de bevolking rond het gezondheidscentrum Ommoord in Rotterdam respectievelijk het gezondheidscentrum Hoensbroek satisfactie-onderzoek verricht. Hieruit blijkt dat er onder de bevolking een redelijke tot vrij goede mate van bekendheid met de doelstellingen van het centrum bestaat. De bevolking stond overwegend neutraal tot positief ten opzichte van een aantal aspecten die centraal staan in de 'ideologie' van de gezondheidscentra. Dat zijn onder meer:

- Interdisciplinair overleg en onderlinge vervanging (binnen de centra).
- Ingaan op mogelijke niet-lichamelijke achtergronden van de hulpvraag.
- Gezamenlijke gesprekken van meerdere hulpverleners met de cliënt.
- Verantwoordelijkheid voor de oplossing van psychosociale problemen bij de cliënt zelf leggen.

Een aantal praktische aspecten, zoals het beperken van huisbezoek, lange wachttijden ondanks het afspraak-spreekuur en de meer centrale rol van de assistente, werden vaker negatief beoordeeld.

In de gehouden enquête werd ook via open vragen naar voor- en nadelen gevraagd. De belangrijkste - spontaan genoemde - nadelen betroffen het afspraak-spreekuur en het ontbreken van een vaste relatie met de eigen huisarts ten gunste van de onderlinge vervanging. De spontaan genoemde voordelen betreffen vooral de 'verbeterde service' van het gezondheidscentrum (De Boom-Van Duin, Bastiaenen en Goudriaan, 1975).

Rond het gezondheidscentrum Withuis in Venlo is longitudinaal patiëntenonderzoek verricht. Onder de patiënten van het Withuis werden drie enquêtes gehouden. De eerste enquête werd vóór de opening van het Withuis onder alle patiënten gehouden. De tweede en derde enquête onder een steekproef van de patiënten, één respectievelijk drie jaar na opening van het gezondheidscentrum, werd afgezet tegen een enquête bij een controlegroep (patiënten niet ingeschreven bij het Withuis).

In een reeks van tien publicaties in Huisarts & Wetenschap (Crebolder, 1974, 1975a en b, 1976 a en b, 1977 a, b, c, d en e) wordt over de resultaten van de enquêtes en ander statistisch materiaal gerapporteerd.

Wat de huisarts-patiënt-relatie betreft waren de belangrijkste bevindingen:

- De vervanging van de eigen huisarts door een andere huisarts van het centrum levert minder bezwaar op dan de vervanging door een 'vreemde' huisarts. Bij somatisch getinte problemen neemt het bezwaar tegen de vervangende huisarts af, bij socio-emotionele problemen niet.
- De persoonlijke relatie met de eigen huisarts blijkt in het geheel niet verloren te zijn gegaan. Naarmate de patiënten meer ervaring hadden met de nieuwe situatie (van solo-praktijk naar gezondheidscentrum), oordeelde men gunstiger over het behoud van de persoonlijke relatie.
- De bereikbaarheid van de huisarts blijkt in toenemende mate mee te vallen, al blijkt hier duidelijk nog een probleem. Bij de laatste meting vindt éénderde van de respondenten dat de huisarts moeilijker dan voorheen te bereiken is. Patiënten die veelvuldig contact hebben met de huisarts, hebben over het algemeen een positievere houding.

Met betrekking tot de organisatie blijken de patiënten tot opluchting van de onderzoekers van mening te zijn dat 'verschraling en verzakelijking van de sfeer en dienstverlening niet heeft plaatsgevonden' (zie ook: Van Heel, 1983). De samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker wordt door de patiënten van het Withuis iets nuttiger geacht dan door de patiënten in de controlegroep. Als belangrijkste taak voor het maatschappelijk werk zien alle respondenten de 'materiële' en 'relationele' hulpverlening.

Gevraagd naar de gewenste taakinvulling in concrete situaties blijken de respondenten van het Withuis de maatschappelijk werker vaker als hulpverlener te kiezen bij relationele problemen dan de cliënten van de controlegroep (Crebolder, 1976a).

Op basis van de registratie van het Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk te Roermond werd vastgesteld dat de cliëntele uit het Withuis (en het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord) vaker bij het maatschappelijk werk terecht komen dan de cliëntele uit de controlegroep, ook vaker met relationele problemen. Daarnaast bleek de hulpvraag vanuit de gezondheidscentra verrassend vaak uit materiële problemen te bestaan (Crebolder, 1976b.)

De samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige wordt door de geënquêteerde patiënten positief gewaardeerd. Er bestaat echter nauwelijks verschil tussen Withuis en andere patiënten (Crebolder, 1977c). Ook naar de positie van de praktijkassistenten werd onderzoek verricht. Volgens de geënquêteerde gebruikers verschillen de assistentes van het Withuis van 'gewone' doktersassistentes op alle drie de onderscheiden functies: 'secretaresse', 'gedelegeerde van de huisarts', en 'gastvrouw'. De secretaresse-functie telt minder zwaar en verliest aan accent in relatie tot de beide andere functies. Toch wil een groot gedeelte van de cliënten niet door de assistente bepaald zien of de dokter al dan niet een visite moet afleggen (Crebolder, 1977d).

Zowel het materiaal van Crebolder als dat van De Boom-Van Duin is al tien jaar oud. Wat recenter zijn enquêtes gehouden onder patiënten van het wijkgezondheidscentrum Wesselerbrink in Enschede (Hofstede, 1981), het gezondheidscentrum De Hazenkamp in Nijmegen (Ewalds en Van Bentum, 1978; Huige en Leenen, 1979) en bij patiënten van drie samenwerkingsverbanden in Noord-Brabant (Van Brunschot, 1984).

De meeste van deze onderzoeken bouwen voort op de enquêtes van Crebolder en De Boom-Van Duin. De bevindingen zijn in grote lijnen dezelfde als we hiervoor hebben beschreven. Slechts op detailpunten is een gering verschil in waardering van gezondheidscentra te vinden tussen gebruikers van die centra en niet-gebruikers. Alle onderzoe-

kers vinden dat patiënten die een regelmatig contact met hulpverleners hebben een positievere kijk op de hulpverlening hebben dan patiënten met incidentele contacten, of niet-gebruikers.

9. ASPECTEN VAN BOUW EN RUIMTELIJKE ORDENING

Hoewel uit het FAG-rapport naar voren komt dat er vele belemmeringen zijn voor het totstandkomen van gezondheidscentra, zijn er in Amsterdam verhoudingsgewijs veel gezondheidscentra opgericht. In een vergelijking tussen de gemeenten Amsterdam en Den Haag komt Swinkels (1981) tot de conclusie dat gemeentelijke overheden een belangrijke rol spelen in de totstandkoming van gezondheidscentra. Zowel op het terrein van de ruimtelijke ordening, middels bestemmingsplannen, als in termen van financiering (Amsterdam heeft een eigen financieringsregeling voor gezondheidscentra) kan de gemeente de totstandkoming van gezondheidscentra positief beïnvloeden. Daarnaast spelen (uiteraard) de ziekenfondsen en de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen een belangrijke rol. De mogelijkheid van een gemeente om nieuwe woonwijken aan te leggen, waar gezondheidscentra gemakkelijker gerealiseerd kunnen worden, is een belangrijke verklaring voor het verschil in aantal gezondheidscentra tussen Amsterdam en Den Haag.

De ruimtelijke condities die gewenst zijn voor een goed functioneren van gezondheidscentra zijn onderzocht door een onderzoeksgroep van het Centrum voor Architectuur-onderzoek in Delft, in samenwerking met het Agogisch Instituut in Amsterdam en het NHI uit Utrecht. Mensen die een gezondheidscentrum willen bouwen, vinden in de publicaties van de onderzoeksgroep veel praktische informatie (Van Hoogdalem, Van der Voordt, Van Wegen 1981a en b, 1983a en b).

10. ONDERZOEK NAAR ANDERE DISCIPLINES DAN DE HUISARTS BINNEN DE GEZONDHEIDSCENTRA

In het hoofdstuk over patiënten-enquêtes is al aandacht besteed aan de wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en centrumassistenten in het gezondheidscentrum Withuis (Crebolder, 1976a, 1977c, 1977, 1977d).

Door gebruik te maken van de provinciale registratie van patiëntcontacten van maatschappelijk werkers in de provincie Limburg (Crebolder, 1976b) kon ook onderzocht worden in hoeverre het maatschappelijk werk in het gezondheidscentrum afwijkt van andere maatschappelijk werkenden.

Van de verwijzingen naar het maatschappelijk werk was in de gezondheidscentra een veel grotere proportie afkomstig van de huisarts dan in de controlegroep, zoals uit de onderstaande tabel blijkt:

Tabel 6: verwijzingen naar het maatschappelijk werk

	gez.h.cent. Withuis	gezondh.centrum Hoensbroek	controle
verwezen door huisarts	63%	73%	8%
verwezen door iemand anders	19%	8%	56%
op eigen initiatief	18%	19%	36%

Bron: Crebolder, 1976b.

De maatschappelijk werkers in gezondheidscentra hanteren vaker een 'procesmatige behandeling' en hebben minder cliëntcontacten nodig om de behandeling te kunnen afsluiten. Dit komt volgens Crebolder doordat de cliënten uit gezondheidscentra in een vroegtijdig stadium worden ingestuurd.

Wanneer aan patiënten gevraagd wordt welke hulpverlener ze bij welk probleem kiezen, blijkt de wijkverpleegkundige nooit het hoogst te scoren. De maatschappelijk werker wordt het vaakst genoemd als de belangrijkste hulpverlener voor zaken die huisvesting, opvoeding en beroepskeuze betreffen. De huisarts is de aangewezen persoon voor alle problemen met somatische aspecten, abortus, inlichten van de familie na overlijden, 'ziek kind' en 'de pil'.

De pastoor ziet men als aangewezen persoon voor stervensbegeleiding en voor eenzaamheidsproblematiek.

Als belangrijkste taken voor de wijkverpleegkundige worden hulpverlening in geval van een ziek kind genoemd (Crebolder, 1975b).

Door Kersten (1985) is onderzocht of maatschappelijk werkers die gestructureerd samenwerken met huisarts en/of wijkverpleegkundigen anders functioneren dan hun collega's die deze samenwerkingsrelaties niet hebben. Hij vond tussen deze twee groepen geen grote verschillen, met name niet in aantallen cliënten, duur en omvang van de

hulpverlening en de hoeveelheid direct cliëntgericht werk.

In het eerder genoemde onderzoek naar fysiotherapie in Amsterdam komt een reeks kwaliteitsaspecten aan de orde waaraan de hulp door fysiotherapeuten in gezondheidscentra zou moeten voldoen. Via interviews met de fysiotherapeuten van een vijftal gezondheidscentra komt men tot veertien kwaliteitscriteria:

bereikbaarheid, herkenbaarheid, continuïteit, integrale hulp, buurtgericht werken, tegengaan van individualisering, preventief werken, ontmedicalisering, zelfstandigheid bevorderen, democratisering, kennisoverdracht, methodisch werken, controleerbaar werken en effectieve vakuitoefening.

Over de assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra is geruime tijd geleden een onderzoeksrapport verschenen bij het NHI, dat gebaseerd is op een schriftelijke enquête onder assistentes. Uit die enquête blijkt dat de helft van de assistentes die zijn overgegaan van een solo-praktijk naar een samenwerkingsverband die stap negatief beoordelen. De assistentes met veel ervaring zijn het meest negatief.

Aan contacten met patiënten werd ongeveer 4 uur per dag besteed; aan medische handelingen 1 à 2 uur; aan administratief werk 1 à 2 uur en aan huishoudelijk en financieel werk ieder nog maximaal één uur.

Ook werd vastgesteld dat de assistentes de taken op het vlak van de sociale dienstverlening het hoogst waarderen (Zuurbier, 1976).

Een betrekkelijk nieuwe functionaris is de coördinator van een gezondheidscentrum. Zijn of haar taken liggen op het vlak van het beheer van de organisatie en inhoudelijke inbreng in het beleid van het hulpverlenersteam. In een evaluatieve nota over het zogeheten BIK-project beveelt Rubinstein (1985) aan de beheersmatige en inhoudelijke functie in één persoon te verenigen, gezien de mate van verbondenheid van de functies. Jammer genoeg zijn de vragen die bij de start van het project gesteld zijn niet systematisch geëvalueerd, zodat over de effectiviteit van de beleidsinhoudelijke coördinatie in relatie tot de gestelde beleidsdoelen geen uitspraken gedaan kunnen worden.

In een onderzoek naar de functies van een coördinator in het gezondheidscentrum Ommoord worden zes dimensies onderscheiden: informatieverwerking, interne begeleiding, logistiek, personeelsbeleid, anticiperen en macht. De meeste activiteiten van de coördinator in Ommoord bleken onder de dimensies 'informatieverwerking' en 'anticiperen' te vallen (Lamberts, Enschoten en Sanders-Glasbergen, 1978).

In het kader van een stage bij het SI-project onderzocht Vermuë (1984) de coördinatie-functie in gezondheidscentra door middel van

een vragenlijst die door 18 coördinatoren werd ingevuld. Uit het onderzoek blijkt dat alle coördinatoren zowel beheersmatige (voorwaarden-scheppende) taken, als procesmatige taken uitvoeren. De verschillen tussen de centra bleken samen te hangen met het stadium van ontwikkeling van een centrum en de vorm waarin die samenwerking gestalte heeft gekregen. Bij dat laatste worden de basistypen van Verhaaren (1982) gebruikt. De nadruk blijkt bij pas opgestarte centra en bij centra met een 'segmentele' afstemming vooral op de beheersmatige taken te liggen.

11. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De belangrijkste conclusie van deze bijdrage is dat er een grote hoeveelheid beschrijvend onderzoek van concrete samenwerkingssituaties aanwezig is. Landelijk onderzoek naar gezondheidscentra en groepspraktijken is al wel aanwezig, maar van andere vormen van samenwerking (home-teams bijvoorbeeld of samenwerking waar de huisarts niet bij betrokken is) weten we nog weinig op landelijk niveau. De categorieën van intensiteit van samenwerking, zoals ontwikkeld door Visser en de categorieën van organisatiestructuur van Verhaaren, zouden daarbij als beschrijvend instrument gehanteerd kunnen worden om het onderzoek op basis van beschrijvingen op een hoger niveau te tillen. Meer kwantitatieve gegevens betreffende de samenwerking zijn zeker ook gewenst. Nog nauwelijks aanwezig zijn landelijke vergelijkende studies. Veelal is de onderzoeker gericht op de multidisciplinaire samenwerking in uitsluitend gezondheidscentra. Samenwerking buiten die gezondheidscentra is nog nauwelijks uit het stadium van beschrijvend onderzoek gekomen, ook al lijkt dat in de naaste toekomst te gaan veranderen.

Onderzoek naar de 'meerwaarde' van samenwerking is mede gezien de nog steeds hooggespannen verwachtingen van groot belang. Alleen het onderzoek dat de verwijzingen naar de tweedelijns als onderwerp heeft is goed ontwikkeld; een uitbreiding naar andere vormen van kosten, zoals bijvoorbeeld gebruik van fysiotherapeutische behandelingen, is zeker aan te bevelen.

De patiëntenenquête's die gehouden zijn om de tevredenheid met gezondheidscentra te meten, leveren nauwelijks interpreteerbare resultaten op. Als patiëntenenquête's ingezet gaan worden om de kwaliteit (of meerwaarde) van de hulpverlening in samenwerkingssituaties te

meten, zal nog veel aan instrument-ontwikkeling gedaan moeten worden.

Er is vooral behoefte aan meer vergelijkend onderzoek waarbij de samenwerking, zowel inhoudelijk als procesmatig, in relatie wordt gebracht met outputcriteria, zoals verwijscijfers. Veel aandacht zal daarbij gegeven moeten worden aan methoden en technieken om op een zinvolle wijze de zogenaamde cliëntgebonden samenwerking te registreren, maar ook de outputcriteria verdienen meer aandacht. Om goede kosten-baten-analyses te kunnen uitvoeren, is alleen een globaal verwijscijfer niet voldoende. Ook de gemiddelde kosten per verzekerde, zowel in de eerstelijns als de tweedelijns, moeten in het onderzoek betrokken worden.

Behalve vergelijkend onderzoek tussen de verschillende vormen van samenwerken en niet-samenwerken moet ook aandacht besteed worden aan dergelijk onderzoek binnen een bepaalde samenwerkingsvorm.

Het onderzoek naar samenwerking moet daarnaast uitgebreid worden wat betreft de onderzochte disciplines. De invloed van samenwerking op de werkwijze van huisartsen is het best ontwikkeld, (al moet daar ook nog veel werk gebeuren), ook op het terrein van de fysiotherapie zijn enige aanzetten gedaan, maar aan andere disciplines is nauwelijks aandacht besteed.

LITERATUUR

- BELJAARS, H., C. DE CEUNINCK VAN CAPELLE, R. DILLMANN, L. EIKELBOOM, M. VAN DER MAST, B. VAN RAALTE - 1982. Voorwaarden voor vernieuwing: rapport van de werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. Amsterdam
- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS en J. VAN DER MANNEN - 1985. Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam: eindrapport. Amsterdam, SISWO/OSA
- BEUGEN, M. VAN - 1981. Inventarisatie samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Friesland. Deel 3
- BLESS, S. - 1983. Almere proeftuin gezondheidszorg. Inzet 7, no. 4, 24-25

- BLESS, S., H. VAN BREE en P. DE WEERD - 1980. Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Bunnik, Sl-project
- BOERMA, W.G.W. - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra: onderzoek in het kader van het project 'Registratie samenwerkingsverbanden', uitgevoerd van juli tot december 1981. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking no. 4
- BOERMA, W.G.W. - 1983. Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken: onderzoek in het kader van het project 'Registratie samenwerkingsverbanden', uitgevoerd van augustus 1982 tot januari 1983. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking no.5
- BOERMA, W.G.W. - 1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Cijfers over samenwerking no. 6
- BOERMA, W.G.W. en R.T.J. HAMERS - 1984. Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken: uitvoering van de georganiseerde zorg voor 0-4-jarigen door huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Studies naar samenwerking no.8
- BOOM-VAN DUIN, F.T. DE, J.P.J. BASTIAENEN en G. GOUDRIAAN - 1975. Twee onderzoeken bij de bevolking in Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra. Amsterdam, Instituut voor Toegepast Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, Advies en Begeleiding
- BREEMER TER STEGE, CHR. en A. VRIJ - 1979. De ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg; een eerste inventarisatie van de bestaande ondersteuning aan de werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- BRINKS, W. en B. VONK - 1980. Eerstelijns samenwerking in de provincie Groningen. Groningen, Andragogisch Instituut.
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1984. Samenwerking door huisartsen: een vergelijkende case-study. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- CATE, R.S. TEN en C.P.H. VAN DIJKE - 1981. Gegevens van samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra die gebruik maken van de Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra. Leiden, Rijks Universiteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde

- CATE, R.S. TEN - 1983. Samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Vademecum praktijkvoering medische beroepen; onder redactie van R.S. ten Cate, E.C. Koel, T. Landheer, H.A.C. Spit, R.A. de Widt. Alphen a/d Rijn, Samsom, M4230-1-; M4230-57
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984. Statistieken Eerste Lijn Maatschappelijke Dienstverlening; Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, 1982. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht 3
- COLLARIS, J.W.M. - 1982. Gezondheidszorg in ontwikkeling. Inzet, 6, no.4, 20-22.
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1974. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (I). Huisarts en Wetenschap, 17, no. 11, 423-425
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1975a. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (II): Criteria voor de patiënt bij de beoordeling van een gezondheidscentrum. Huisarts en Wetenschap, 18, no. 1, 40-42
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1975b. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (III). Welke hulpverlener bij welk probleem kiest de patiënt van het Withuis? Huisarts en Wetenschap, 18, no. 2, 73-76
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1976a. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum (IV). De maatschappelijk werker en zijn werk, gezien door de cliënten. Huisarts en Wetenschap, 19, no. 3, 94-102
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1976b. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (V): De maatschappelijk werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie. Huisarts en Wetenschap, 19, no. 4, 145-150
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Dissertatie
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977a. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VI). Cijfers en beschouwingen betreffende het medisch handelen. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 2, 43-52
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977b. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VII): opvattingen van de cliënt over zijn huisarts. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 5, 178-188
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977c. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VIII): de wijkverpleegkundige en haar werk, gezien door de cliënten. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 6, 221-229
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977d. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (IX): de taak en positie van de assistente, gezien door de cliënten. Huisarts en Wetenschap, 20, no.7, 267-270

- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977e. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (X): Enige aspecten van de organisatie en werkwijze van het gezondheidscentrum, beoordeeld door de cliënten. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 8, 301-305
- DOEL (DRENTS ONDERSTEUNINGSPLATFORM EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG) - 1984. Inventarisatie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg in Drenthe. Assen
- DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE - 1981. Samenwerken en Verwijzen: nader onderzoek gewenst. Medisch Contact, 36, 1221-1224
- DUUREN, R. VAN en L.A.J. HUPKENS - 1981. Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband: de financiële consequenties van de verschillen in verwijsgedrag tussen solo-artsen en samenwerkende artsen. Medisch Contact, 36, no. 31, 933-936
- DUIJN, H.J. VAN en J.D. WUISTER - 1980. Samenwerking zonder samenwoning: een onderzoek naar samenwerkingsvormen zonder gemeenschappelijke huisvesting binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Leiden, Medische Faculteit
- EWALDS, J. en S. VAN BENTUM - 1978. Onderzoek onder patiënten van gezondheidscentrum De Hazenkamp. Nijmegen, Universitair Huisartsen Instituut. Stageverslag
- GEMEENTE HELMOND - 1983. Nota Eerstelijns Gezondheidszorg: beleids-perspectief gezondheidszorg. Helmond. Bijlagen: I, II, III
- HAMERS, R.T.J. en W.G.W. BOERMA - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Studies naar samenwerking no. 9
- HEEL, P.J.H. VAN - 1983. Gezondheidscentra: wat vindt de patiënt ervan? Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Jaarwerkstuk in het kader van het derde jaar Sociale Gezondheidskunde
- HOFMAN, J.F. - 1983. Eerstelijns - Samenwerking: een proces van vallen en opstaan. Geschiedschrijving en analyse van het Samenwerkingsproject Spaarndammer- en Zeeheldenbuurt te Amsterdam. Amsterdam, Instituut voor de Wetenschap der Andragogie. IWA-rapportenreeks nr. 2
- HOFSTEDE, B. - 1981. Onderzoek Wijkgezondheidscentrum Wesselerbrink. Enschede, Afdeling Onderzoek en Statistiek, Gemeente Enschede
- HOOGDALEM, H. VAN, D.J.M. VAN DER VOORDT en H.B.R. VAN WEGEN - 1981a. Ruimtelijk-functionele analyse van gezondheidscentra: onderzoeksprocedure en proefonderzoek. Delft, Technische Hogeschool, Afdeling der Bouwkunde. Deel I

- HOOGDALEM, H. VAN, D.J.M. VAN DER VOORDT en H.B.R. VAN WEGEN - 1981b. Ruimtelijk-functionele analyse van gezondheidscentra: documentatie en plattegrondsanalyse. Delft, Technische Hogeschool, Afdeling der Bouwkunde. Deel II
- HOOGDALEM, H. VAN, D.J.M. VAN DER VOORDT, H.B.R. VAN WEGEN - 1983a. Ruimtelijk-functionele analyse van gezondheidscentra: ervaringen van gebruikers met hun gebouwen. Delft, Technische Hogeschool, Afdeling der Bouwkunde. Deel III
- HOOGDALEM, H. VAN, D.J.M. VAN DER VOORDT en H.B.R. VAN WEGEN - 1983b. Ruimtelijk-functionele analyse van gezondheidscentra: evaluatie van het advies van de Subcommissie Accommodatiebeleid. Delft, Technische Hogeschool, Afdeling der Bouwkunde. Deel IV
- HOUT, A. VAN en R. TERRA - 1983. Samenwerken in het land van Heusden en Altena: een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de geestelijke gezondheid in de eerste lijn. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Pedagogie en Andragogie
- HOUWING, J. en J. GEERTSEMA - 1981. Eerstelijns samenwerking in de provincie Groningen. Rijksuniversiteit, Andragogisch Instituut. Tweede deelonderzoek
- HUIGE, C. en B. LEENEN - 1979. Enquête Gezondheidscentrum De Hazenkamp: resultaten en analyse. Nijmegen, Gezondheidscentrum De Hazenkamp
- HUYGEN, F.J.A. - 1962. Het home-team. Huisarts en Wetenschap, 5, no. 4, 119-123
- INGEN, M. VAN - 1983. Zoeken naar samenwerking: een inventarisatie in Midden-Limburg. In: Hulpverleners in samenwerking: eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling; onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt. Alphen a/d Rijn, Samsom, 4560-1- 4560-14
- KERSTEN, D. - 1985. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerste lijn. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- KRUIDENIER, H.J. - 1979. Verwijscijfers van acht gezondheidscentra. In: Hulpverleners in samenwerking: eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling; onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt. Alphen a/d Rijn, Samsom, 4500-1/4500-19
- LAMBERTS, H. - 1976. Praten over patiënten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap, 19, no. 5, 181-185

- LAMBERTS, H., M.R. ENSCHOTEN en H.G. SANDERS-GLASBERGEN - 1978. Wat doet een coördinator in een gezondheidscentrum? Huisarts en Wetenschap, 21, 14-17
- LODEWICK, L., A. VAN RIJN, P. STALENHOEF, N. VIERHOUT en T. KERSSE-MAKERS - 1976. Rapportage van home-team Maastricht-West. Maastricht
- MEIJERINK, G. en V. VAN DER WILLIGEN - 1981. Het samenwerkingsproject Amsterdam: geschiedenis en functie van het project als overkoepelende organisatie. Huisarts en Wetenschap, 24, no. 6, 222-224
- MULDER, J.D. - 1982. Eerstelijnsamenwerking zonder samenwoning. Een verkenning in Zuid-Holland. In: Hulpverleners in samenwerking: eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling; onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt. Alphen a/d Rijn, Samsom, 4510-1/4510-19
- PETERS, L. - 1982. Financiële problematiek van gezondheidscentra, fase I. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking 3.
- PETERS, L. - 1984. Financiële problematiek van gezondheidscentra, fase II. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking no. 7
- PETERS, L. en D. WIJKEL - 1984. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Medisch Contact, 39, no. 3, 87-92
- PCMW (PROVINCIAAL CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK) - 1983. Inventarisatie le lijns-samenwerkingsverbanden waarbij huisartsen en maatschappelijk werkers zijn betrokken in Limburg in 1980. Roermond. Nota
- PPSEG (PROVINCIAAL PLATFORM SAMENWERKING EERSTELIJK GELDERLAND) - 1982. Overleg- en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn in Gelderland: een inventarisatie. Arnhem
- RIPHAGEN, F.E. - 1980. Zeven vette jaren: een beschrijvende analyse van multidisciplinaire samenwerking in Rotterdam-Ommoord. Utrecht, Huisartsenpers. Dissertatie
- RUBINSTEIN, M. - 1985. Bikken en Wegen; evaluatieve nota over het project. Beleidsinhoudelijke coördinatie (BIK). Driebergen, Adviseurs voor Organisatiewerk B.V.
- SAIN, H. DE - 1980. Buurtgerichte samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Stedelijke Stichting Welzijnsbevordering
- SALEMINK, G.W. - 1981. Samenwerkingsproject Amsterdam: stimulering van samenwerken in de eerstelijns - een voorbeeld. Medisch Contact, 36, no. 4, 93-95

- SANAVRO, F. - 1985. Huisartsconsulten in gezondheidscentra en solo-praktijken. In: De eerste lijn onderzocht: W.G.W. Boerma en L. Hingstman (red.). Deventer, Van Loghum Slaterus, 84-90
- SCHOUWENBERG, H.C. en T.N.M. POSTMA - 1977. Verwijsgedrag van huisartsen in een gezondheidscentrum onderling vergeleken. Medisch Contact, 32, no. 25, 805-808
- SIXMA, H. en C. VAN DE VOORT - 1985. Situatieschets Almere. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- SOOLINGEN-STEENVOORDEN, M. VAN - 1983. Samenwerking in de eerste-lijn: effect voor de gebruiker en hulpverlener. Houten, Opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg
- SWINKELS, M.A.A. - 1981. Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, Studies naar samenwerking no. 2
- VERHAAK, P.F.M. - 1984b. Vooronderzoek Functioneren Algemeen Maatschappelijk Werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1984a. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 11, 450-454
- VERHAAREN, F. - 1982. Bouwstenen voor de opbouw van gezondheidscentra: consistente basistypen voor de inrichting van de hulpverlening en organisatie van gezondheidscentra. Amsterdam, Agogisch Instituut
- VERMUE, R. - 1984. De coördinatiefunctie in gezondheidscentra. Bun-
nik, S-1 project
- VISSER, G.R. - 1980. Interdisciplinaire samenwerking en organisa-
tie. Medisch Contact nr. 15, 468-472
- VOS, M. - 1977. Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Evaluatie
1973-1976
- WEEL, C. VAN - 1983. Verwijzen binnen de eerstelijns door arts-as-
sistenten in een gezondheidscentrum. Huisarts en Wetenschap, 26,
no. 9, 322-325
- WIJKEL, D. - 1983. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en produk-
tiefijfers. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I
- WIJKEL, D. - 1984. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten ge-
zondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huis-
artsen Instituut. Deel II
- WIJKEL, D. - 1985. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezond-
heidscentra, meermans- en solopraktijken. In: De eerste lijn on-
derzocht: W.G.W. Boerma en L. Hingstman (red.). Deventer, Van
Loghum Slaterus, 252-262

- ZEE, J. VAN DER - 1979. Registratie Samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg: samenwerking tussen hulpverleners (juli 1978). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel III
- ZFR (ZIEKENFONDSRAAD) - 1979. Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra. Amstelveen, nr. 104
- ZUURBIER, P.J.P. - 1976. Assistentes in groepspraktijken en gezondheidscentra. Resultaten van een onderzoek. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut

11 Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg

J.P. Dopheide

1. INLEIDING	403
2. VERWIJZEN	404
2.1 Een snelle rondblik	404
2.2 De belangrijkste factoren die aard en aantal van de verwijzingen bepalen	407
2.3 Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek	424
3. NAZORG, CONTINUÏTEIT VAN ZORG	426
3.1 Het onderzoek	426
3.2 Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek	429
4. SAMENWERKING, TAAKAFBAKENING	431
4.1 Het onderzoek	431
4.2 Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek	436
5. SAMENVATTING	437
LITERATUUR	438

1. INLEIDING

De hoeveelheid literatuur die men aantreft onder het kopje 'relatie tussen eerste en tweede lijn' is niet alleen tamelijk uitgebreid, maar ook zeer divers van karakter. De bijdragen variëren van macro-rekenmodellen voor de gezondheidszorg (waarin de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn een belangrijke plaats inneemt) aan de ene kant, tot korte beschrijvingen van een plaatselijke bijeenkomst van huisartsen en specialisten anderzijds. Om in deze veelheid van onderwerpen enige ordening aan te brengen hebben wij het thema van deze bijdrage in drie hoofdstukken verdeeld: het eerste behandelt de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn (het verwijzen), het tweede de patiëntenstroom van tweede naar eerste lijn (nazorg, continuïteit van de zorg), en het derde geeft een overzicht van het onderzoek op het terrein van samenwerking en taakafbakening tussen eerste en tweede lijn.

Deze indeling is zonder twijfel arbitrair. Men zou zich zelfs kunnen afvragen of een onderwerp als 'verwijzen', wat relatief veel aandacht krijgt, überhaupt wel in deze bijdrage thuis hoort en niet beschreven zou moeten worden in de bijdrage die handelt over de huisarts. Het verwijzen door de huisarts wordt immers door vele factoren bepaald die niets met zijn relatie tot de specialist te maken hebben, maar die uitsluitend binnen zijn praktijk werkzaam zijn. Een veel gehoorde klacht is bovendien dat een verwezen patiënt geheel uit het zicht van de huisarts verdwenen is: er is eenvoudig geen relatie tussen eerste en tweede lijn op dit punt. Daar staat tegenover dat in alle discussies en bespiegelingen over verschuiving van de zorg van intra- naar extramuraal en van tweede naar eerste lijn het verwijzbeleid van de huisarts en de samenwerking tussen huisarts en specialist in één adem genoemd worden. 'Verwijzen' en 'samenwerking huisarts-specialist' horen beleidsmatig in ieder geval onverbrekelijk bij elkaar.

De gekozen driedeling heeft, naast zijn enigszins arbitraire karakter, nóg een nadeel, dat verband houdt met de stand van kennis op de verschillende terreinen. Het verwijzen door huisartsen is al langere tijd voorwerp van tamelijk gedegen onderzoek vanuit verschillende disciplines, waarbij de onderzoekers als regel intensief van elkaars resultaten gebruik maken en er op voortbouwen. De stand van het onderzoek laat zich daardoor vrij gemakkelijk beschrijven, zij het dat we het uitgangspunt van deze studie (alleen onderzoek van de laatste vijf jaar) weleens verlaten, met name als het gaat om iets oudere

studies die richtinggevend zijn geweest voor later onderzoek. Voor de patiëntenstroom van tweede naar eerste lijn geldt dit veel minder: het onderzoek is nog veelal beschrijvend en inventariserend, en van een proces van accumulatie van kennis is nog slechts in bescheiden mate sprake. Dat geldt evenzeer voor het onderdeel dat zich met samenwerking en taakafbakening bezig houdt. Eén en ander heeft tot gevolg dat de drie onderdelen op verschillende wijzen behandeld worden: bij het verwijzen door de huisarts wordt per relevante variabele weergegeven welke onderzoeken er verricht zijn en met welke resultaten (onzes inziens de meest inzichtelijke manier om de stand van zaken weer te geven), terwijl voor de beide andere onderdelen per onderzoek zal worden weergegeven wat de vraagstelling was en welke de resultaten zijn. De laatste benadering leidt noodzakelijkerwijs tot een wat 'kabbelend' betoog.

2. VERWIJZEN

2.1. Een snelle rondblik

Zoals in de inleiding al gezegd, zullen we de stand van kennis over het verwijzen weergeven per relevante, of preciezer gezegd, per verklarende variabele. Voordat we daaraan beginnen moeten we echter enige duidelijkheid brengen in de vraag wat we nu precies hopen te verklaren.

We beperken ons tot verwijzingen van huisartsen naar specialisten. Ook voor de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg fungeert de huisarts sinds enige tijd als 'poortwachter'; zijn verwijzingen naar de (A)GGZ vormen echter een materie die door Peters in zijn bijdrage over de relatie eerste lijn-geestelijke gezondheidszorg elders in deze bundel wordt behandeld.

Voordat we overgaan tot bespreking van onderzoek waarin gepoogd is verschillen tussen huisartsen in aard en aantal van hun verwijzingen te verklaren, is het noodzakelijk de verschillende aspecten die er aan een verwijzing naar een specialist onderscheiden kunnen worden wat nader te beschouwen.

Hoewel al van te lang vervlogen datum om in deze overzichtsstudie te worden opgenomen, is het voor een verduidelijking van de verschillende aspecten die aan het begrip 'verwijzen' te onderscheiden zijn goed om te beginnen met twee 'klassiekers' op het gebied van het

verwijsonderzoek: de dissertatie van Bremer (1964) en het artikel van Van Es en Pijlman (1970). Bremer beschrijft in zijn boek zijn eigen verwijspatroon. Behalve door een soms kleurrijke beschrijving van een groot aantal casus is zijn onderzoek bekend geworden door het door hem ingevoerde 'diagnostische niveau' van de verwijzing. Hij onderscheidt vier niveaus:

1. de huisarts heeft een diagnose gesteld; de verwijzing is dus in feite ter behandeling;
2. de diagnose staat niet vast; er is een keuze tussen enkele mogelijkheden; het aantal mogelijkheden is echter beperkt;
3. de patiënt vertoont verschijnselen die min of meer richtinggevend zijn voor verder onderzoek, maar het aantal diagnostische mogelijkheden is groot, en
4. de huisarts heeft geen idee welke diagnose gesteld moet worden.

Deze indeling van Bremer is later door verschillende onderzoekers in onderzoek op wat grotere schaal gebruikt. Een tweede bijdrage aan wat met een wat groot woord een 'conceptuele analyse' van het begrip 'verwijzen' kan worden genoemd, levert Bremer door verwijzing naar het werk van Paterson. Deze onderscheidt verwijzingen in drie typen: 'because we do not know' (wij zouden zeggen 'ter diagnose'), 'because we cannot do' ('ter therapie'), en 'because we need moral support' (een categorie die de classificatie er niet beter op maakt, omdat deze dimensie toch een andere is dan de dimensie 'diagnosetherapie'). Deze laatste categorie geeft aan dat de arts in zijn relatie met de patiënt is vastgelopen. Door Bensing en Verhaak (1980) wordt deze indeling kernachtig aangeduid als 'ik weet het niet - ik kan het niet - ik wil het niet'.

Van Es en Pijlman (1970) onderscheiden verschillende aspecten aan het begrip verwijzen in een classificatie die ook niet geheel een-dimensionaal is, maar toch zeer belangwekkend. Zij onderscheiden:

- 1 - verwijzingen naar de oogarts voor refractie-afwijkingen;
- 2 - verwijzingen op verzoek van de specialist;
- 3 - verwijzingen 'achteraf', dat wil zeggen verwijskaarten afgegeven na een (acute) opname of poliklinische behandeling;
- 4 - verwijzingen op verzoek van de patiënt;
- 5 - verwijzingen naar een aantal 'motieven' van de huisarts (ter diagnose, ter therapie).

Zoals gezegd, brandschoon is deze indeling niet. Met name de refractieverwijzing is een verwijzing ter therapie (categorie 5), die zowel op verzoek van de specialist, de patiënt, of achteraf kan plaatsvinden. De classificatie heeft echter als verdienste dat hij

aangeeft dat er naast de huisarts, op wiens conto het aantal verwijzingen altijd geschreven wordt, nog twee actoren in het spel zijn: de specialist en de patiënt.

Tot besluit van deze korte behandeling van de verschillende aspecten die er aan het verwijzen zijn te onderscheiden willen wij een deel van de studie van Posthuma en Van der Zee (1978) bespreken. Zij gaan uit van de bekende typologie van Feldstein, die de totale hoeveelheid geleverde medische zorg verdeelt in drie onderdelen: zorg van type 1, zijnde zorg verleend op initiatief van de patiënt; zorg van type 2, zijnde zorg verleend door de ene arts, op initiatief van een andere, (bijvoorbeeld een eerste bezoek van een verwezen patiënt aan een specialist), en zorg van type 3, zijnde zorg verleend door een arts op diens eigen initiatief (bijvoorbeeld een terugbestelcontact). Aanhakend bij de indeling van Van Es en Pijlman constateren ze dat de verschillende typen zorg die Feldstein onderscheidt in de indeling van Van Es en Pijlman alle drie zijn terug te vinden. De in vrijwel al het verwijsonderzoek gebruikte maat voor het verwijsniveau van de huisarts, het aantal uitgeschreven verwijskaartsen per 1000 ziekenfondsverzekerden, houdt echter met deze verschillende aspecten van de verwijzingen geen rekening. Zo zou bijvoorbeeld het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts betrokken moeten worden op het aantal contacten tussen huisarts en patiënt, en niet op het aantal ingeschreven patiënten. Immers, wil een huisarts het besluit nemen een patiënt te verwijzen dan moet hij een contact met de patiënt hebben. Voor verwijzingen achteraf zou echter, volgens Posthuma en Van der Zee, juist het aantal ingeschreven patiënten als noemer moeten gelden.

'Verwijzen' blijkt dus een etiket te zijn dat op een aantal essentieel verschillende handelingen wordt geplakt; handelingen die wellicht met, ten dele, verschillende theorieën verklaard zouden moeten worden. De administratieve eigenaardigheid dat een ziekenfondspatiënt die langer dan een jaar onder specialistische behandeling moet blijven een nieuwe verwijskaart nodig heeft, maakt het alleen nog maar erger: men kan zich met enig recht afvragen of hier wel sprake is van een verwijzing.

In veruit het meeste verwijsonderzoek worden echter alle ziekenfondsverwijskaarten getotaliseerd en betrokken op het aantal verzekerden. Bemoedigend is in ieder geval dat met dit ziekenfondsverwijscijfer als afhankelijke variabele over het algemeen toch wel zo'n 30% variantie verklaard kan worden. Dat betere meting van de verschillende verwijsdimensies tot betere resultaten zou leiden is

echter iets waar velen het over eens zijn.

Zulk onderzoek, waarin het verwijzen door de huisarts op de meest ideale manier wordt onderzocht, is tot op heden vanwege kostenaspecten echter nog niet verricht. Door grotendeels dezelfde oorzaak is over het verwijzen van particuliere patiënten zeer weinig bekend. Particuliere patiënten hoeven slechts een verwijsbriefje van de huisarts aan hun verzekeringsmaatschappij over te leggen om de kosten van poliklinische specialistische hulp vergoed te krijgen. Deze briefjes (waarvan het overigens zeer de vraag is of alle maatschappijen ze in feite ook echt willen inzien) worden niet geteld of op andere wijze geadministreerd. Hetzelfde geldt voor de 'echte', medische verwijsbrieven van huisarts aan specialist met betrekking tot particuliere patiënten. Alleen door eigen materiaalverzameling door de onderzoeker is derhalve inzicht te verkrijgen in aard en omvang van de particuliere verwijzingen.

Deze inleiding heeft, in vogelvlucht, duidelijk gemaakt welke dimensies er te onderkennen zijn aan de handeling die als 'verwijzen' wordt aangeduid, en welke problemen de onderzoekers tegenkomen bij de operationalisatie ervan.

De volgende stap is nu het beschrijven van de belangrijkste factoren die aard en aantal van de verwijzingen bepalen.

2.2. De belangrijkste factoren die aard en aantal van de verwijzingen bepalen

Praktijkgrootte

Met het noemen van deze variabele zijn we meteen beland in een discussie tussen onderzoekers, met grote maatschappelijke relevantie. Van verkleining van de praktijk van de huisarts, om met de maatschappelijke relevantie te beginnen, wordt verwacht dat deze zal resulteren in méér beschikbare tijd per patiënt, derhalve in méér tijd van de huisarts om de aangeboden problematiek zelf op te lossen, resulterend in een geringer beroep op de tweede lijn. De discussie tussen onderzoekers (die overigens intussen wat geluwd is) spitst zich vooral toe op de vraag hoe het komt dat voor deze op zich zelf plausibele redenering in het ene onderzoek wel, en in het andere volstrekt géén steun wordt gevonden. Rutten en Van der Gaag (1977) vonden, in een analyse op macro-niveau met als eenheid van analyse werkgebieden van ziekenfondsen, een negatieve relatie tussen het aantal huisartsen per 1000 inwoners (de huisartsendichtheid) en het

ziekenfondsverwijscijfer, "which implies that GP care may serve as a substitute for specialist care. This result has important policy implications" (p.243). Met deze bevinding en de conclusie die zij eruit trekken zetten ze de lijn voort die met de publicaties van de Leidse Werkgroep Macro-rekenmodel Gezondheidszorg onder leiding van Van Praag was uitgezet. Posthuma en Van der Zee (1977) vinden op macro-niveau (eenheid van analyse: gemeenten) een negatieve relatie tussen de gemiddelde praktijkgrootte van de huisarts en het ziekenfondsverwijscijfer, tegengesteld dus aan de resultaten van de vorige auteurs. De discussie (overigens vooral naar aanleiding van het uit 1975 daterende rapport 'Het Ziekenhuis in de Gezondheidszorg', van Van Praag, Rutten en Van der Gaag) over deze tegenstrijdige resultaten, handelt enerzijds over tamelijk technische problemen betreffende het te kiezen aggregatieniveau en de modelspecificatie, en anderzijds over de vraag of relaties die op macroniveau worden gevonden nu zo maar naar het microniveau vertaald mogen worden. Met andere woorden: als de op macroniveau gevonden relatie 'meer huisartsen: minder verwijzingen' al juist zou zijn, dan wil dit niet zonder meer zeggen dat huisartsen met kleinere praktijken minder verwijzen dan huisartsen in grotere. Tevens vraagt men zich in de discussie af in hoeverre het gerechtvaardigd is resultaten van een cross-sectionele analyse (zoals beide bovengenoemde onderzoekingen) longitudinaal te vertalen. Deze vraag is uiteraard van groot belang voor de te trekken consequenties ten aanzien van het beleid: als het al zo zou zijn dat huisartsen in kleinere praktijken minder verwijzen, betekent dit nog niet dat verkleining der praktijken het verwijscijfer zou doen dalen. In het hieronder nader te bespreken onderzoek van Wijkkel en Van der Zee (1984) komen we hierop terug.

Rutten (1978) vond eveneens een positieve relatie tussen huisartsendichtheid en het verwijscijfer, zij het alleen in een lineaire specificatie. Van der Gaag (1978) doet net als Rutten onderzoek op macroniveau (in zijn geval een analyse van provincies, die ieder weer op verschillende achtereenvolgende tijdstippen gemeten worden, een tijd-ruimte-analyse dus) en geeft als argument voor dit analyse-niveau dat "besides the size of a practice, many other characteristics of a general practitioner and his practice may influence his behaviour with respect to referrals (like education, medical 'hobbies', the age-, sex- and social structure of his practice, his own age, etc.) When working with average data, aggregated over all general practitioners in one province, it may be expected that the differences in those characteristics will diminish". De relatie die Van der Gaag vindt stemt overeen met de resultaten van Rutten.

Hoeksma (1978) analyseerde op provincie-niveau de cijfers van het Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ) over 1973-1975, en vond een negatieve relatie tussen de gemiddelde praktijkgrootte en het ziekenfondsverwijscijfer.

Deze tegenstrijdige resultaten, en vooral Van der Gaag's argumentatie, waren voor Dopheide (1982) aanleiding om de relatie tussen praktijkgrootte en verwijscijfer te analyseren op het niveau van de huisartspraktijk, waarbij een aantal gegevens over de huisarts en zijn praktijk werden meegenomen waarvan Van der Gaag veronderstelde dat ze op praktijk-niveau een mogelijke relatie zouden doorkruisen. Als gecontroleerd werd voor de leeftijds-geslachts-opbouw van de praktijk, de regio, de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, het aanbod aan ziekenhuisbedden, en een aantal variabelen die indicatief zijn voor de taakopvatting van de huisarts, werd geen relatie gevonden tussen praktijkgrootte en verwijscijfer; de correlatie van de nulde orde was overigens evenzeer te verwaarlozen. Wel vond hij een negatieve relatie tussen praktijkgrootte en het aantal contacten per patiënt: in grote praktijken is het aantal contacten per patiënt lager dan in kleine.

Posthuma en Van der Zee (1980) vonden eerder in een heranalyse van het materiaal van Van Es en Pijlman een vergelijkbare relatie. Dit al wat oudere materiaal is overigens vrijwel het enige waarin het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts is betrokken op het aantal contacten tussen huisarts en patiënt. Posthuma en Van der Zee tonen aan dat in dit materiaal het aantal verwijzingen op initiatief van de huisarts zelf per 1000 contacten positief beïnvloed wordt door de grootte van de huisartspraktijk. Twee tegengestelde effecten dus van praktijkgrootte op het aantal verwijzingen per 1000 patiënten: hoe groter de praktijk hoe geringer het aantal contacten per patiënt, maar hoe hoger het aantal verwijzingen per contact.

Wijkkel (1983), wiens onderzoek overigens primair op praktijkvorm als verklarende factor is gericht, vond een negatief verband tussen het aantal ziekenfondspatiënten van de huisarts en diens verwijscijfer. Hij kon echter niet beschikken over de totale praktijkgrootte. Samen met Van der Zee probeerde Wijkkel na te gaan wat het effect op het verwijscijfer is van een drastische verkleining van de omvang van de huisartspraktijk, een longitudinale analyse dus (Wijkkel en Van der Zee, 1984). De auteurs komen tot de conclusie dat in huisartspraktijken waar de huisarts een flink aantal patiënten heeft afgestoten het verwijscijfer stijgt, conform hun verwachting. Deze verwachting is gebaseerd op de gedachte dat het aantal contacten per patiënt na de praktijkverkleining stijgt (de huisarts blijft gewoon zijn dag

vullen), en het aantal verwijzingen per contact constant blijft. Deze laatste veronderstelling baseren zij op de resultaten van het onderzoek van Bensing en Verhaak (1980), die constateerden dat het aantal verwijzingen per contact in de tijd niet of nauwelijks varieert, ook niet als het aantal contacten zelf wél verandert. In de door Wijkel en Van der Zee onderzochte praktijken waar de verkleining tot stand kwam doordat de arts zich associeerde, of zijn praktijk aan een duo artsen overdeed, deden zich geen significante wijzigingen voor; de stijging trad alléén op als de arts de praktijk als solist voortzette. De auteurs veronderstellen dat de met de associatie gepaard gaande factor 'samenwerking' die, zoals uit het nader te bespreken onderzoek van Wijkel bleek, een remmende invloed op het verwijscijfer heeft, de invloed van de praktijkverkleining neutraliseert.

Twee onderzoekingen van huisartsen in de eigen praktijk waarin de praktijkgrootte verandert, zijn die van Meyboom (1979) en Roolvink (1983). Door de verkleining in Meyboom's praktijk veranderde er niets in het verwijspatroon; bij Roolvink was het aantal eerste verwijzingen in 1980 39% hoger dan in 1971 (associatie in 1976), terwijl voor heel Nederland het verwijsperscentage met 26% steeg. Voor deze onderzoekingen in één praktijk geldt echter het door Van der Gaag genoemde bezwaar zeker wel: allerlei particuliere kenmerken van de huisarts in kwestie (waaronder tevens het feit dat hij waarschijnlijk kritisch naar zijn eigen verwijzingen is gaan kijken!) kunnen de resultaten beïnvloeden.

Boots (1984) behandelt in zijn artikel 'Verkleining van de huisartspraktijk', op basis van zijn dissertatie over het werk van de huisarts, de gevolgen van praktijkverkleining voor het werk van de huisarts (het betreft overigens, anders dan de titel suggereert, een cross-sectionele analyse). Als 'verwijsmaat' hanteert hij het aantal verwijzingen (ziekenfonds en particulier) per 100 consulten, exclusief achteraf-verwijzingen (en, daar het gaat om 'voor de observator waarneembare' verwijzingen, wellicht ook andere verwijzingen die vaak door de assistente worden geregeld, zoals refractieverwijzingen). De praktijkgrootte blijkt op deze proportie verwijzingen niet van invloed, zoals Boots constateert: "Het vaak veronderstelde directe mechanisme tussen praktijkomvang en verwijsgedrag is een te simpele en mogelijk zelfs onjuiste veronderstelling, die in onze gegevens niet tot uitdrukking komt".

De conclusie luidt dat bij de huidige stand van onderzoek geen duidelijke uitspraken zijn te doen over de statistische relatie tussen

praktijkgrootte en ziekenfondsverwijscijfer. Verschillende onderzoeken geven verschillende resultaten. Problemen betreffende het aggregatieniveau, doorkruisende variabelen, maar waarschijnlijk vooral het paramorfe karakter van het ziekenfonds-verwijscijfer als maat voor de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn zijn hier debet aan. Daarnaast, en daarmee samenhangend, is het ook theoretisch nog maar zeer de vraag of men nu wel zo'n grote invloed van praktijkgrootte op de hoogte van het verwijscijfer zou mogen verwachten. Posthuma en Van der Zee (1978, p.42) geven hiertoe de aanzet. Ze gaan uit van de bekende identiteit

$$\frac{100 \text{ verwijzingen}}{\text{ziekenfondspatiënten}} = \frac{100 \text{ verwijzingen}}{\text{contacten}} \times \frac{\text{contacten}}{\text{ziekenfondspatiënten}}$$

in woorden: het ziekenfondsverwijscijfer is identiek gelijk aan het product van het aantal verwijzingen per contact en het aantal contacten per patiënt (we zien op deze plaats dus even af van alle 'vervuiling' die er in het ziekenfondsverwijscijfer zit). In het materiaal van Van Es en Pijlman dat zij opnieuw analyseren, beïnvloedt praktijkgrootte het aantal contacten per patiënt negatief, en het aantal verwijzingen per contact positief. Wat er van dit laatste verband zij, in onderzoek wordt vaak gevonden dat het aantal contacten per patiënt kleiner is in grotere praktijken (Dopheide 1982, en ook Van der Zee in zijn analyse van het Second National Morbidity Survey in Engeland, 1982). Deze relatie is ook behoorlijk interpreteerbaar: om zijn werkbelasting in een grote praktijk enigszins binnen de perken te houden zal de huisarts zijn patiënten 'opvoeden' om niet met iedere klacht een beroep op hem te doen, en/of zijn patiënten minder vaak terugbestellen (dat laatste vond Van der Zee in zijn Engelse analyse). De invloed van praktijkgrootte op het aantal verwijzingen per 100 contacten (die toch al niet zo voor de hand ligt), zal dus aanzienlijk groter moeten zijn dan de (tegengestelde) invloed van praktijkgrootte op het aantal contacten per patiënt, wil er sprake zijn van een zichtbaar effect waarbij een kleinere praktijk inderdaad samengaat met een lager verwijscijfer. Tot op heden zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden.

Het aanbod aan en de afstand tot tweedelijnsvoorzieningen

Dat in de gezondheidszorg het aanbod de vraag bepaalt is wellicht ál te ongenueanceerd uitgedrukt; in verwijsonderzoek is de invloed van aanbodfactoren echter altijd zo dominant, dat zinvolle uitspraken

over de invloed die een variabele op het verwijscijfer heeft slechts gedaan kunnen worden onder constant houden van de belangrijkste aanbodfactoren. Drie aanbodfactoren worden in dit onderzoek vaak aangetroffen: de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis (uiteraard alleen vast te stellen op gedesaggregeerd niveau), het aantal specialisten per 1000 inwoners, en het aantal bedden in algemene en academische ziekenhuizen per 1000 inwoners. De laatste twee variabelen leveren wel enkele operationalisatieproblemen op. Op zeer hoog aggregatieniveau is het allemaal eenvoudig: de beddendichtheid in Gelderland wordt berekend door het daar aanwezige aantal erkende bedden in algemene en academische ziekenhuizen te delen door het aantal inwoners. Provinciegrens-overschrijdend verkeer is uiteraard aanwezig, maar in- en uitstroom zullen elkaar wel ongeveer in evenwicht houden, en bovendien op het totaal van de provinciale cijfers een geringe rol spelen. Komt men op lager aggregatieniveau, dan doet zich het probleem voor dat 'aanbod' niet onafhankelijk van 'vraag' kan worden gemeten. De kwestie is immers op welke populatie de bedden of specialisten in een zogeheten 'productie-gemeente' (een plaats waar een algemeen of academisch ziekenhuis staat) moeten worden betrokken. Als regel doet men dit door uit te gaan van de feitelijke oriëntatiepercentages¹ van een zogeheten 'consumptie-gemeente' (de plaats waaruit een opgenomen patiënt afkomstig is). Met andere woorden: als 10% van de opnamen uit het dorp X plaatsvindt in de ziekenhuisbedden van de stad A, dan tellen 10% van de inwoners van X mee als populatie om de bedden aan te relateren, en zo de beddendichtheid vast te stellen. Duidelijk is dat vraag en aanbod op deze wijze niet geheel onafhankelijk zijn. Een ander nadeel van deze methode is dat de op deze manier te construeren ziekenhuisrayons geen geografisch gesloten gebieden zijn: een verdwaalde inwoner van Maastricht die in Groningen wordt opgenomen telt mee bij het berekenen van de populatie van het ziekenhuisrayon Groningen. Posthuma en Van der Zee (1977) proberen aan dit bezwaar tegemoet te komen door consumptie-gemeenten met oriëntatiepercentages lager dan 10 niet mee te tellen, en met percentages boven de 90 op 100 te stellen. Het vraag-aanbod-probleem blijft daarbij uiteraard onverminderd gelden.

Voor het onderzoek naar verwijzingen is uiteraard het aanbod aan specialisten als verklarende variabele te prefereren boven het beddenaanbod. Dat geldt des te sterker als men verwijscijfers voor verschillende specialismen afzonderlijk zou willen analyseren. Problematisch is daarbij dat de klinische oriëntatie-percentages wèl over het totaal bekend zijn, maar niet altijd per specialisme. Rutten

(werkgebieden van ziekenfondsen, 1978) gebruikt, overigens zonder vermelding van de bron van zijn data, het aantal specialisten in algemene (niet academische) ziekenhuizen, en vindt een positieve relatie: hoe meer specialisten hoe meer verwijzingen. Posthuma en Van der Zee (gemeenten, 1977) gebruiken de beddendichtheid als aanbodfactor, en vinden eveneens een positieve relatie. Van der Gaag (provincies, 1978) vindt, met specialistendichtheid, eveneens een positieve relatie; Dopheide (huisartspraktijken, 1982) met beddendichtheid eveneens, evenals Wijkel (huisartspraktijken, 1983) met specialistendichtheid. In een tijdreeksanalyse vinden Posthuma en Van der Zee (1980) hetzelfde. Nuyens (genoemd bij Hoeksma (1978)) doch niet gepubliceerd) vindt op provincie-niveau een niet-significant negatief verband tussen het aantal ziekenfondsverzekerden per specialist en het verwijscijfer. Alles wijst dus in dezelfde richting: het aanbod aan specialistische voorzieningen heeft een sterke positieve invloed op het verwijscijfer.

Wat de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis betreft gebruiken Posthuma en Van der Zee (1977) de dummy-variabelen 'ziekenhuis in de gemeente', en 'ziekenhuis op maximaal 5 respectievelijk 10 kilometer respectievelijk 15 of meer'. In de uiteindelijke regressievergelijking blijkt dat in plaatsen met een ziekenhuis of een ziekenhuis op minder dan 5 kilometer afstand 100 respectievelijk 40 verwij斯卡arten per 1000 patiënten méér worden uitgeschreven dan in plaatsen met een ziekenhuis op 6 of meer kilometer afstand.

De analyses van Rutten en van Van der Gaag (1977) hebben een te hoog aggregatieniveau om zinvol over de afstand tot een ziekenhuis te kunnen spreken (voor de qua oppervlakte grotere gemeenten uit het onderzoek van Posthuma en Van der Zee geldt dat overigens ook wel enigszins).

Kruidenier (1977) onderzocht eveneens gemeenten. Als maat voor de afstand nam hij het aantal gemeenten dat tussen de consumptie-gemeente en de productie-gemeente ligt (0 als er een ziekenhuis is in de plaats, 1 als in aangrenzende gemeente, etc.). Hij vond in de 3 categorieën die hij onderscheidde een duidelijk verband met het verwijscijfer in de verwachte richting, dat binnen de verschillende klassen van verstedelijking, die hij tevens invoerde, blijft staan². Dopheide (1982) vroeg aan de huisartsen uit zijn onderzoek (solisten op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten) de tijd die zij per auto nodig hadden om het dichtstbijzijnde ziekenhuis te bereiken. Ook hij vond een negatief verband met het verwijscijfer. Wijkel (1983) gebruikte de afstand over de weg van het centrum van de woonplaats waar de huisartspraktijk (ongeveer 4200 praktijken)

gevestigd is tot het centrum van de plaats waar het dichtstbijzijnde ziekenhuis staat. Zijn resultaten waren conform de verwachting. Ook wat de factor afstand betreft is er dus duidelijke overeenstemming van de resultaten.

In de relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg lijkt derhalve ook de in talloze economisch-geografische studies gevonden wetmatigheid te gelden, dat het gebruik van een voorziening afneemt met de afstand. De interpretatie van dit verband is echter iets anders dan wanneer het gaat om bijvoorbeeld het bezoek aan schouwburgen, warenhuizen of winkelcentra. Immers, het is weliswaar de huisarts die de patiënt verwijst en op wiens conto de verwij斯卡art komt, maar het is de patiënt voor wie het feit dat het ziekenhuis ver weg is gelegen een lange of inconveniënte reis betekent. Kruidenier (1977) verklaart de door hem gevonden resultaten dan ook door erop te wijzen dat een deel van de verwijzingen plaats vindt op verzoek van de patiënt. Van der Gaag (1978) vindt het naar aanleiding van de door hem gevonden relatie tussen verwijscijfer en specialistendichtheid "not surprising that a general practitioner decides to refer a patient sooner if he knows that ample specialized care is available". Waarschijnlijk (meer woorden wijdt hij niet aan een verklaring) duidt hij op de zogeheten 'agentschapsrelatie' die er tussen arts en patiënt bestaat. In de samenvatting van zijn proefschrift schrijft hij: "de agent-supplier rol van de arts krijgt de laatste jaren steeds meer de aandacht in de economische literatuur. Eén van de belangrijkste implicaties van deze 'dubbelrol' van de arts (hij specificeert de vraag en verstrekt de zorg) is de mogelijkheid dat vraagfuncties reageren op veranderingen in de relatieve beschikbaarheid van verschillende typen zorg. In die zin bepaalt het aanbod de vraag". Binnen deze agentschapsrelatie kan de arts bij de beslissing al of niet te verwijzen rekening houden met de consequenties in termen van tijd, geld, werkverzuim etc. die dit voor de patiënt met zich meebrengt.

Door Nijhout wordt een onderzoek verricht dat zich hierop, en vooral op de 'werking' van de factor afstand op het verwijscijfer, toespitst. Hij onderzoekt de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie, waaronder vooral de verwijzingen door de huisarts. Het onderzoek is nog in gang, maar twee interimrapporten zijn beschikbaar (Dopheide en Nijhout 1983 en 1984). In navolging van Van Es en Pijlman wordt middels zelfregistratie door de huisarts nagegaan bij wie het initiatief tot de verwijzing ligt. Tevens wordt Bremer's diagnostische niveau van de ver

wijzingen voor en na de opening van het ziekenhuis vastgesteld. De verwachting luidde dat het (relatief lage) verwijscijfer na de opening van het ziekenhuis (waarmee de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis daalde van 20 kilometer tot nul) aanzienlijk zou stijgen, vooral ten gevolge van méér verwijzingen op verzoek van de patiënt. Eveneens werd verwacht dat het diagnostisch niveau van de verwijzingen zou dalen: de huisarts zou sneller geneigd zijn om te zeggen dat hij niet weet wat er aan de hand is. Naast dit onderzoek in de huisartspraktijk wordt een bevolkingsonderzoek verricht waarin de geneigdheid van de bevolking om bij de huisarts aan te dringen op een verwijzing vóór en na de opening van het ziekenhuis wordt vergeleken. In tegenstelling tot de verwachting bleek het verwijscijfer niet meer dan enkele procenten te stijgen. Een verklaring, die in nader onderzoek getoetst moet worden, is dat de huisartsen zich als het ware 'schrappig' hebben voordat het ziekenhuis kwam, en extra kritisch naar hun verwijspatroon zijn gaan kijken (zie hiervoor Nijhout, 1985).

Ook aan patiëntenzijde veranderde er niet heel veel: in hun keuze voor behandeling door de huisarts of door de specialist bleven mensen ongeveer gelijk. De resultaten van een tweede meting, één jaar na de eerste meting, zijn echter nog niet bekend.

Cross-sectioneel onderzoek waarin patiëntenkenmerken zoals preferentie voor behandeling in de eerste of in de tweede lijn, gemak waarmee men het ziekenhuis kan bereiken, veel moeten 'regelen' om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist, etc. zijn onderzocht om daarmee het verband tussen de afstand tot het ziekenhuis en het verwijscijfer van de huisarts te interpreteren is niet verricht. Wel blijkt de taakopvatting van de huisarts die ver van het ziekenhuis gevestigd is iets breder te zijn, met name kleine chirurgische technieken voert hij vaker zelf uit. Het verschil is echter niet voldoende om de werking van de afstandsfactor geheel te verklaren (Dopheide 1982).

Als laatste onderzoek in deze serie zij nog verwezen naar dat van Nuyens in de poliklinieken in Friesland (1980). Hij vindt dat voor slechts éénvijfde van de patiënten de bezochte polikliniek niet de snelst bereikbare is. Voor de overal aanwezige basis-specialismen ligt dit nog lager. De afstand lijkt dus voor de meeste specialismen inderdaad een belangrijke rol te spelen.

De samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht

Door Posthuma zijn in 1976 leeftijd-geslachtsspecifieke verwijscijfers gepresenteerd voor verschillende specialismen. Het verband met

leeftijd is redelijk te benaderen met een monotoon stijgende lineaire functie, voor vrouwen nog iets beter dan voor mannen. Voor deze laatste groep begint pas na het 30e jaar een stijging in het verwijsniveau op te treden, en treedt rond de 70 een afvlakking op. In 1984 zijn deze relaties nog ongeveer hetzelfde, blijktens het onderzoek van Kersten (1984). In zijn materiaal (van een ander ziekenfonds dan Posthuma) begint de stijging bij mannen iets later (rond het 40e jaar), en freedt voor beide sexen een daling op rond het 75e. Een lineaire benadering is echter zeer goed mogelijk. Het verwijsniveau van vrouwen ligt over het algemeen iets hoger dan dat van mannen; een groot deel van het verschil komt uiteraard voor rekening van de gynaecologische verwijzingen.

Rutten (1978) berekende op basis van Posthuma's cijfers een leeftijds-geslachtsindex, waarin de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht verdisconteerd is. Deze heeft géén samenhang met het verwijscijfer. Van der Gaag (1978) gebruikt het percentage 65-plussers in de ziekenfondspraktijk en vindt wel een relatie (positief uiteraard), evenals Posthuma en Van der Zee (1977). Dopheide gebruikt dezelfde maat, en vindt alleen een significante invloed op interne en oogheelkundige verwijzingen, niet op chirurgische en evenmin op het totaalverwijscijfer. Gebruik van Rutten's index geeft bij hem geen andere resultaten. Wijkkel (1983) gebruikt Rutten's index, het percentage 60-plussers en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten. De laatste van deze onderling hoog correlerende variabelen heeft de hoogste nulde orde correlatie met het totale verwijscijfer. In de uiteindelijke regressievergelijkingen voor afzonderlijke specialismen echter loopt waar mogelijk Rutten's index mee, en anders de gemiddelde leeftijd. Alle coëfficiënten blijken significant. Mokkink (1983) vond in de regio Nijmegen een zelfde resultaat.

Iedereen vindt dus wel een verband met de leeftijdsopbouw van de praktijk; uitzondering is Rutten en, voor sommige specialismen, Dopheide.

Urbanisatiegraad

Vanzelfsprekend hangen urbanisatiegraad en voorzieningenniveau hoog samen. Toch blijken beide een eigen, zelfstandige invloed op het verwijscijfer te hebben. Posthuma en Van der Zee (1977) vinden in de grote steden 60 verwijskaarten per 1000 verzekerden meer dan op het platteland, op het verstedelijkt platteland 31 méér. Tussen kleine steden en platteland is geen verschil.

Kruidenier (1977) is op dit punt al genoemd. Wijkel (1983) neemt vijf dummy-variabelen op voor de urbanisatiegraad. Bij vergelijking met de grote stad blijken in de volgende urbanisatiecategorïen minder verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden te worden uitgeschreven: platteland 53, verstedelijkt platteland 43, forensengemeenten 32, kleine stad 14, maar middelgrote stad 17 méér.

Onderzoek naar verklaringen voor deze invloed van urbanisatiegraad is niet verricht. Hypothesen zijn er wel: een andere mentaliteit van de bevolking in de grote stad, sneller zelf naar de specialist gaan (ongevallen!), meer problematiek in de verstedelijkte gebieden (waaronder ook problematiek die aanleiding geeft tot verwijzingen 'because we need moral support' of 'omdat ik met deze patiënt niet verder wil'), enzovoort.

Praktijkvorm

De jaarboeken van het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen (LISZ) geven al verscheidene jaren duidelijke verschillen aan in verwijsniveau tussen verschillende praktijkvormen. Grafiek 1 (zie volgende pagina), gebaseerd op die gegevens, en overgenomen uit Wijkel (1985) illustreert dat.

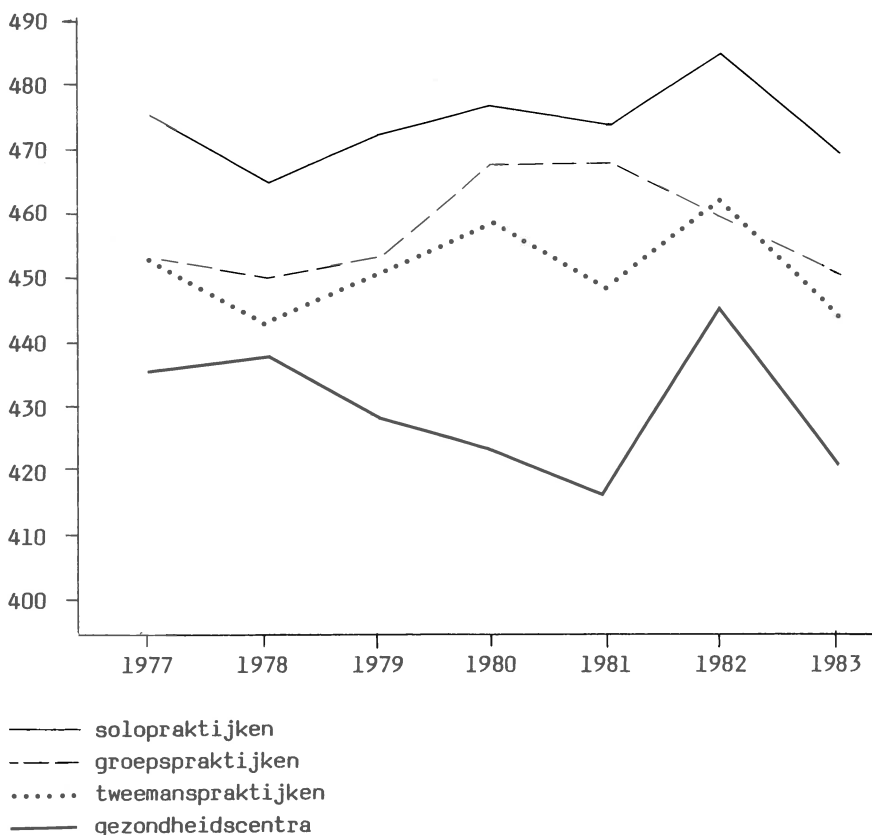
De plotselinge stijging in 1982 (met uitzondering van de groepspraktijken) is niet verklaarbaar; gelet op de even snelle daling in 1983 ligt één of andere administratieve oorzaak voor de hand.

Van Duuren en Hupkens (1981) probeerden na te gaan of deze verschillen tussen praktijkvormen blijven staan als gecorrigeerd wordt voor belangrijke factoren waarvan bekend is dat ze de hoogte van het verwijscijfer bepalen. Na correctie voor urbanisatiegraad verandert het beeld niet, de gemiddelde praktijkgrootte blijkt ook weinig te doen, en tenslotte blijken de verschillende praktijkvormen evenwichtig gespreid over de gezondheidsregio's met verschillende maten van 'intramurale capaciteit'.

Dopheide en Van der Zee (1981) gingen, in een reactie op bovengenoemde auteurs, na of analyse van wat 'harder' materiaal dan Van Duuren en Hupkens gebruikten hetzelfde resultaat opleverde. Urbanisatiegraad, afstand tot ziekenhuis, beddenaanbod, regio en een zeer ruwe indicatie voor de leeftijdsopbouw van de praktijk waren niet in staat de conclusie dat vooral gezondheidscentra minder verwijzen omver te werpen.

In een omvangrijke studie onderzoekt Wijkel de relatie tussen samenwerken en verwijzen nader. Zijn eerste rapport (1983) behandelt de vraag of het verband tussen praktijkvorm en verwijscijfers inderdaad

Grafiek 1: aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar organisatievorm van de praktijk



Bron: LISZ

wel aanwezig is. In een secundaire analyse van het LISZ-materiaal over 1978 (praktijkniveau) komt hij tot de slotsom dat het verband geen 'schijnverband' is. Als gecorrigeerd is voor de regio waar de praktijk ligt, de urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, specialistendichtheid, gemiddelde leeftijd van de patiënten, aantal ziekenfondsverzekerden en het percentage mannen in de praktijk, blijken gezondheidscentra per jaar 40 verwijskaarten per 1000 pa-

tiënten minder uit te schrijven dan solisten. Voor groepspraktijken, associaties en solisten met langdurige assistentie zijn deze cijfers respectievelijk 10, 7 en 2. Vooral gezondheidscentra springen er dus uit. Een analyse over de jaren 1977-1980 met behulp van gepaarde waarnemingen (bij ieder gezondheidscentrum werd een gematchte controlegroep gezocht) leidde niet tot andere conclusies.

In een nadere analyse van verwijzingen naar verschillende specialismen bleek Wijkkel dat de verschillen tussen praktijkvormen vooral liggen op het terrein van de beschouwende specialismen.

Binnen de groep gezondheidscentra bleek een factor 'samenwerking' (nogal ruw geoperationaliseerd met het aantal uren dat per maand besteed wordt aan multidisciplinair overleg) geen relatie met het verwijscijfer te hebben.

In de tweede deelstudie uit dit onderzoek (Wijkkel 1984) werd op deze factor verder ingegaan. Aan een groep huisartsen buiten gezondheidscentra werd gevraagd hoeveel tijd besteed werd aan overleg, onderscheiden in monodisciplinair, bi-disciplinair en multidisciplinair. Een duidelijke relatie met het verwijscijfer ontbreekt. Het vaak consulteren van de specialist blijkt in een hoger verwijscijfer te resulteren, iets wat Wijkkel verklaart door te wijzen op de wellicht als gevolg van de consultatie optredende onzekerheid bij de huisarts.

Met behulp van de Gezondheidsenquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek over 1981 en 1982 probeerde Wijkkel (1985) na te gaan of een deel van de verschillen in verwijscijfers niet zijn terug te voeren op zelfselectie van patiënten: wellicht kiezen juist gezondere mensen ervoor om patiënt bij een gezondheidscentrum te worden. Ziekenfondspatiënten van gezondheidscentra blijken, ook als men corrigeert voor hun wat jongere leeftijd, inderdaad gezonder (zowel gecorporeerd als wanneer men het al of niet hebben van een chronische aandoening in beschouwing neemt). Bovendien blijkt dat gezondheidscentra die geen 'concurrentie' van andersgevestigden hebben en waarbij dus nauwelijks een keuze-situatie voor de patiënt bestond, een hoger verwijscijfer te hebben dan centra die deze concurrentie wel hebben en waarvoor de patiënt wellicht bewust gekozen heeft. De verschillen zijn echter niet significant.

Andere resultaten dan Wijkkel vindt, worden gevonden door Geurts (1984). Zij gebruikte dezelfde CBS-Gezondheidsenquête om verwijscijfers voor de verschillende praktijkvormen vast te stellen, op basis van patiëntenopgave dus. Anders dan Wijkkel's LISZ-materiaal is haar verwijscijfer samengesteld uit het aantal contacten met de huisartsen en het aantal daarvan dat tot een verwijzing leidde (men

mag aannemen vooral verwijzingen op initiatief van de huisarts of de patiënt, en geen verlengings- en achterafverwijzingen). In gezondheidscentra blijken de patiënten vaker 'verwezen'³ te worden naar de röntgenafdeling voor een foto, naar het laboratorium, naar de fysiotherapeut, en minder vaak naar de specialist (vooral in vergelijking met solisten), dit alles gemeten per 100 contacten. In een multivariate analyse blijkt de praktijkvorm echter geen rol van betekenis te spelen. Opvallend is dat ook de 'klassiekers' onder de verklarende variabelen het in Geurts' analyse niet doen, zodat de hoeveelheid verklaarde variantie in het verwijsniveau slechts 2% bedraagt. Alleen het inkomen van het huishouden waartoe de respondent behoort heeft een significante invloed op de kans dat men, gegeven een contact met de huisarts, verwezen wordt. Vooralsnog lijken de resultaten van Geurts, hoewel zeker niet zonder betekenis, niet voldoende om de veronderstelling dat de praktijkvorm van de huisarts samenhangt met het verwijscijfer, te weerleggen.

Ter afsluiting van deze paragraaf zij nog verwezen naar Crebolder (1977), die vond dat de patiënten van het gezondheidscentrum 'Het Withuis' minder verwezen werden dan patiënten van de overige Venlose huisartsen, en naar Van Brunschot (1984), die drie samenwerkingsverbanden diepgaand onderzocht met als één van de resultaten een overwegend lager verwijscijfer.

Overige variabelen

De gezondheidstoestand van de patiënt is in het bovenstaande al even ter sprake gekomen: in de CBS-Gezondheidsenquête wordt hiernaar gevraagd. In het merendeel van het onderzoek wordt echter de leeftijd van de patiënten of de leeftijdsopbouw van de praktijk als 'proxy' gebruikt voor de gezondheidstoestand.

Opvattingen van de patiënt over ziekte, gezondheid, huisartsen en specialisten. Zo rijk als de literatuur is over dit onderwerp als het gaat om het verklaren van verschillen in zelf gezochte hulp (veelal huisartsenbezoek), zo weinig is er te vinden over de stem van de patiënt met betrekking tot de overgang van eerste naar tweede lijn. Expliciet komt één en ander aan de orde in het onderzoek van Nijhout naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis. Zowel vóór als na de opening wordt een steekproef uit de bevolking gevraagd naar de mate waarin men bij bepaalde klachten bij de huisarts zou aandringen op een verwijzing. Het onderzoek loopt nog; het eerste interimrapport (Dopheide en Nijhout 1983) vermeldt

dat de geneigdheid om de huisarts te laten merken dat men naar de specialist wil sterker aanwezig is bij mensen die vóór verhuizing naar Lelystad in een grote stad woonden, bij ziekenfondspatiënten sterker dan bij particulieren, en bij mensen met een slechtere gezondheid eveneens sterker. De samenhangen zijn bi-variaat en gelden vóór de opening van het ziekenhuis.

Bij het ter perse gaan van deze bijdrage ontvingen wij het proefschrift van Krol (1985). Hoewel strikt genomen al na de 'sluitingsdatum' van deze overzichtsstudie behandelt het een aspect van het verwijzen waarover verder zo weinig is gepubliceerd dat we het toch opnemen. Krol onderzoekt de rol van de patiënt door interviews met 97 ouders en kinderen, die naar de kinderarts verwezen zijn. Bij ongeveer de helft van de verwijzingen bleken de ouders een beslissende rol gespeeld te hebben, door aandrang op de huisarts uit te oefenen. Angst voor een specifieke ziekte (veelal niet aan de huisarts bekend) speelde daarbij een belangrijke rol. Over het algemeen bleken de ouders niet erg veel van de behandeling door de huisarts te verwachten, en juist hoge verwachtingen te koesteren van het handelen van de specialist. De huisartsen die aan de druk van de ouders hadden toegegeven deden dat vooral om hen tevreden te stellen, ook als ze zelf meenden dat de klachten niet verontrustend waren.

Verzekeringsvorm. In hun bekende overzichtsartikel over de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten vermelden Van de Ven, Nauta, Van Vliet e.a. (1980) enkele onderzoeken, die aanleiding geven tot de veronderstelling dat ziekenfondsverzekerden, na correctie voor leeftijd en geslacht, 15 à 30% per persoon en 10 à 25% per contact vaker verwezen worden dan particulieren. De bevolkingsenquête van Dopheide en Nijhout (1983) vóór de opening van het ziekenhuis geeft een verschil van 25%.

Post (1983) vindt in de eigen praktijk geen verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Wèl vindt hij dat particuliere patiënten vaker op eigen initiatief worden verwezen.

Diagnostische hulpmiddelen. Dopheide en Van der Zee (1980) vonden dat huisartsen die veel diagnostische hulpmiddelen gebruikten alléén minder verwezen dan collegae die op dat gebied niet zo actief zijn, als ze ook veel therapeutisch instrumentarium gebruiken. Ze interpreteren deze conclusie door erop te wijzen dat véél diagnostische hulpmiddelen gebruiken betekent dat men véél afwijkingen vindt, die juist eerder tot meer verwijzingen zullen leiden als men ze niet zelf behandelt.

Wijkel en Van der Grijn (1982) verrichtten een uitvoerige evaluatie van een experiment met een diagnostisch centrum. Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen door de huisarts steeg na openstelling van het centrum zeer fors, zonder dat er sprake was van een daling in de verwijscijfers.

Brouwer, Kerkhof en Pop (1983) vinden evenmin aanwijzingen dat de (zeer lichte) daling van het verwijscijfer die optrad in de periode dat het door hen geëvalueerde experiment met een diagnostisch centrum liep, is toe te schrijven aan het experiment.

Consultatie tussen huisarts en specialist. Bensing en Verhaak (1980) onderzochten de invloed van een experiment met consultatie tussen huisarts en een psycho-sociaal team (psycholoog, maatschappelijk werker, psychiater) op de verwijspatronen van de huisarts. Een aantoonbaar effect bleek niet aanwezig. De consultatie die deel uitmaakte van het door Wijkel en Van der Grijn (1982) geëvalueerde Diagnostisch Centrum Oudenrijn kwam in de 'officiële', tamelijk gestructureerde vorm waarin het experiment voorzag te weinig voor om te evalueren. In het genoemde onderzoek van Brouwer, Kerkhof en Pop werd wèl regelmatig van de consultatiefaciliteit gebruik gemaakt; invloed op het verwijscijfer was niet aantoonbaar.

Van der Grinten (1981) doet verslag van vier jaar ervaring met consultatie in het gezondheidscentrum Withuis. Volgens de betrokken huisartsen zou in 20% van de gevallen een verwijzing of een opname zijn gevolgd als de mogelijkheid tot consultatie niet bestaan zou hebben. Deze resultaten, die wijzen in de richting van substitutie, worden overigens door analyse van de ziekenfondsverwijscijfers van deze huisartsen niet ondersteund.

Taakopvatting van de huisarts. Dopheide (1982) vond een duidelijke relatie tussen de taakopvatting van de huisarts en diens verwijscijfer. Een huisarts die van veel aandoeningen meent dat diagnostiek en therapie daarvan tot zijn terrein behoort (in tegenstelling tot het terrein van de specialist), die een positief-kritische opstelling tegenover de specialist heeft, en veel technieken zelf doet (vooral op het gebied van kleine chirurgie) verwijst significant minder. De schaal met technieken had in het onderzoek van Wijkel (1983) dezelfde invloed. Boots (1984) houdt zich in het al genoemde artikel over praktijkverkleining eveneens met de taakopvatting bezig. De taakbreedte blijkt als zodanig niet van invloed op het aantal verwijzingen per 100 contacten, wèl echter het aan de taakbreedte gerelateerde 'gewenste niveau van diagnostiek en therapie'.

Tussen deze twee zit overigens een moeilijk duidbare interactie: het gewenste niveau van diagnostiek en therapie blijkt alleen van invloed binnen de groep huisartsen met een relatief 'smalle' taakbreedte.

Grol, Van Eijk, Mokkink e.a. (1985) construeerden een aantal variabelen die betrekking hadden op de taakafbakening ten opzichte van de specialist (zowel wat betreft somatische handelingen als psychosociale activiteiten) en op het competentiegevoel van de huisarts. Wie zich minder competent voelt ten aanzien van technische taken heeft op dit punt ook een beperkte taakafbakening ten opzichte van de specialist, en verwijst méér. De taakopvatting blijkt overigens niet alleen op het verwijzen van invloed, maar 'komt tot uitdrukking in de hele aanpak van klachten en problemen van patiënten'.

Dopheide en Van der Zee (1980) interpreteren de spectaculaire daling van de verwijscijfers te Hoogeveen, volgend op de oprichting aldaar van het 'Huisartsenberaad', als een gevolg van een collectieve bezinning op de eigen taak van de huisarts in relatie tot die van de specialist.

De regio. In het Zuiden wordt meer verwezen dan elders. Dit is een resultaat dat al het verwijsonderzoek laat zien. Deze uitkomst wordt niet veroorzaakt door een hogere leeftijd, integendeel, de Zuiderling is gemiddeld juist jonger. Dopheide (1982) vond evenmin aanwijzingen dat huisartsenkenmerken de (of één van de) oorzaken zouden zijn.

De onderzekerheidstolerantie wordt zeer vaak genoemd als verklarende variabele (zie bijvoorbeeld De Melker 1979). Een huisarts die heeft leren leven met de voor het huisartsenvak zo kenmerkende onzekerheid ten aanzien van 'pluis of 'niet pluis' zou minder verwijzen. Door Grol (1983) werden in het kader van het project 'Somatische Fixatie' schalen ontworpen over de geneigdheid van huisartsen tot het nemen van risico's en de angst om fouten te maken (de laatste onderscheiden in angst voor fouten bij ernstige respectievelijk niet-ernstige ziekten). Hij vindt dat artsen die geneigd zijn 'op zeker te spelen' meer verwijzen; met de angst om fouten te maken heeft het verwijsniveau echter geen relatie.

De godsdienst van de patiënt tenslotte wordt onderzocht door Bergsma en Fieret (1980). Interpreteerbare verbanden vinden zij niet.

2.3. Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek

Naar het verwijzen door de huisarts blijkt veel onderzoek gedaan te zijn en te worden. Hoewel onderzoekers gehinderd worden door aanzienlijke meetproblemen met betrekking tot het verwijzen zelf en zij, zeker als het om grootschalig onderzoek gaat, veelal hun toevlucht moeten nemen tot het ziekenfondsverwijscijfer met alle er aan klevende nadelen, zijn de resultaten tamelijk goed interpreteerbaar. Van afstand tot en aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen staat vast dat zij het verwijscijfer sterk beïnvloeden, en ook op een te interpreteren wijze. Heel anders is het gesteld met de praktijkgrootte van de huisarts. Invloed in de zin van 'kleinere praktijken leidt tot minder verwijzingen' zou zeker te interpreteren zijn, maar wordt door de meerderheid der onderzoekers niet gevonden. Naast aggregatieproblemen speelt hier zeker ook het feit een rol dat een kleine praktijk niet hetzelfde is als een rustige praktijk en een grote praktijk niet identiek is aan een drukke. De huisarts is immers zelf ook aanbieder van diensten, en vergroting van de in principe beschikbare tijd per patiënt door verkleining van de praktijk heeft zonder twijfel invloed op het gebruik dat er van zijn diensten wordt gemaakt, hetzij door een toenemend aantal eerste contacten, hetzij door een frequenter terugbestellen door de huisarts. Hoe dat proces nu precies verloopt, en hoe dat van invloed is op de uitstroom naar de tweede lijn is een zeer belangwekkend maar nog grotendeels braakliggend terrein van onderzoek.

Een ander braakliggend terrein betreft de opvattingen van de patiënt. Of de alom nagestreefde versterking van de eerste lijn ook door de patiënt-met-klachten beleden wordt is nog een open vraag. Van der Capellen (1984, zie verder onder het onderdeel 'nazorg') laat een geïnterviewde diabetes-patiënt aan het woord: "De huisarts mag dan een aardiger persoon zijn, die ook tijd voor jóú heeft, maar als het om mijn gezondheid gaat ga ik naar de specialist, omdat die nu eenmaal deskundiger is op het terrein van mijn ziekte". Uitspraken als deze zouden weleens veel aanhangers kunnen hebben. Nader onderzoek naar de invloed van de patiënt op het verwijscijfer is zeker gewenst.

Zéér interessant zou in dit verband zijn de vergelijking tussen de Nederlandse en de Belgische gezondheidszorg die onlangs gemaakt is (Peeters, Van der Zee en Stevens, 1985) toe te spitsen op de oordelen van patiënten over huisartsenhulp versus specialistenhulp: de Belgische specialist is immers vrij toegankelijk.

Meer in het algemeen zou vergelijking van systemen en/of het evalueren van experimenten met op 'zelf-doen' gerichte honoreringsmethoden het inzicht in het mechanisme dat de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn verklaart zeker vergroten.

Ook het verschijnsel 'samenwerking' verdient nadere bestudering in relatie tot het verwijzen. De statistische relatie tussen samenwerken in gezondheidscentra en verwijzen lijkt nu redelijk aannemelijk (hoewel niet alle resultaten in dezelfde richting wijzen); over de causaliteit is echter nog weinig onderzocht.

Wat betreft het verwijzen zelf zou de aandacht vooral gericht moeten zijn op betere metingen van de verschillende componenten van het ziekenfondsverwijscijfer. Een zeer eenvoudige ingreep zou zijn de 'verlengingsverwijskaart', die na één jaar poliklinische specialistische behandeling door de huisarts moet worden uitgeschreven, zodanig vorm te geven dat hij onderscheiden kan worden van een 'nieuwe' verwijskaart. Dit is een relatief eenvoudig te realiseren stap vooruit.

Het verwijzen van particuliere patiënten onttrekt zich nog vrijwel geheel aan de aandacht. Ten onrechte, want de verzekeringsvorm van de patiënt zou zeker een bijdrage kunnen leveren aan het verklaren van aard en omvang van de patiëntenstroom naar de tweede lijn. De theorieën zijn er ook wel, maar de data op een enkele uitzondering na niet.

Een probleem bij grootschalig verwijsonderzoek is het feit dat de verklarende variabelen op een vrij complexe manier met elkaar samenhangen. In het bovenstaande is daar slechts terloops op gewezen, om de leesbaarheid niet al te veel geweld aan te doen. De relatie, om een voorbeeld te geven, tussen huisartsendichtheid en het percentage bejaarden in een regio (waar veel bejaarden zitten, zitten ook veel huisartsen) wordt in veel materiaal gevonden maar is tot op heden niet afdoende verklaard. Het is zeer wel denkbaar dat een invloedrijke en in de tijd langzaam veranderende demografische factor als het percentage bejaarden het verwijscijfer zowel direct beïnvloedt (bejaarden behoeven meer zorg) als indirect, via zijn invloed op de aanwezige voorzieningen. Het zichtbaar maken van deze complexe relaties is niet eenvoudig. De modelmatige, econometrische benaderingen van de problematiek, waarin het verwijzen slechts één onderdeel vormt van een totaal model van de gezondheidszorg, hebben als verdienste dat ze een groot aantal factoren, soms zowel in tijd als ruimte variërend, in hun analyse meenemen. Het hoge aggregatieniveau van deze studies resulteert echter nogal eens in interpretaties van

de gevonden relaties die strijdig zijn met resultaten gevonden op microniveau. Microstudies zijn op hun beurt echter niet gevoelig voor de complexere relaties tussen factoren. Grootschalige en kostbare verwijstudies zullen dan ook ampele aandacht moeten besteden aan een optimale keuze van het aggregatieniveau.

3. NAZORG, CONTINUÏTEIT VAN ZORG

3.1. Het onderzoek

Hoewel over 'nazorg' de laatste vijf jaren een redelijk aantal publicaties is verschenen, is het aandeel van het empirisch onderzoek op dit veld vrij bescheiden. Veel van de artikelen en rapporten hebben een wat meer beschouwend karakter of bestaan uit een serie aanbevelingen om de nazorg, respectievelijk de continuïteit van de zorg, te verbeteren. Publicaties van dit type zijn buiten beschouwing gelaten.

Drogendijk (1981) verzamelde geen nieuw materiaal, maar gaf op basis van literatuuronderzoek en interviews met betrokkenen een uitgebreid overzicht van de stand van zaken wat betreft het 'substitutie-effect': hij vroeg zich af of de in de tijd steeds korter wordende verpleegduur invloed heeft op de vraag naar verpleegkundige nazorg. Hij komt tot de volgende conclusies:

- Structurering van de verpleegkundige nazorg betekent meer en betere nazorg aan een groter aantal ontslagen ziekenhuispatiënten.
- Verkorting van de gemiddelde verpleegduur heeft slechts geringe consequenties voor de wijkverpleegkundige zorg.
- Er is vrijwel geen sprake van een substitutie-effect verpleegkundige nazorg/verpleegduur.

In de door Drogendijk vermelde literatuur en in de door hem beschreven situaties waarin een gestructureerde vorm van nazorg functioneerde kan niet worden aangetoond dat een verbeterd aanbod aan nazorg van invloed is op de duur van de ziekenhuisopname. Drogendijk meent dan ook dat onderzoek naar een meetbaar effect van factoren die invloed hebben op de verpleegduur zich het beste kan richten op de intramurale situatie: een goede nazorg is slechts één van de variabelen die invloed hebben op de verpleegduur. Wel blijkt volgens deze schrijver dat 'een gestructureerde nazorgdienst van grote betekenis is voor de continuïteit van de zorg en kwaliteitsverbetering

van de zorg, onder meer omdat het de communicatie verbetert tussen ziekenhuis en eerste echelon (...)'. Dat kan men op grond van het door hem verzamelde materiaal zeker met hem eens zijn, zij het dat het hier veelal subjectieve percepties van direct betrokkenen betreft. Met name een in bovengenoemde beschouwende publicaties veel gebruikt begrip als 'continuïteit van de zorg' is niet zodanig ge-operationaliseerd dat het ook maar enigszins geldig en betrouwbaar kan worden gemeten.

Hoewel niet specifiek verricht met 'nazorg' als invalshoek verdient toch het onderzoek naar het ontslag van ziekenhuispatiënten dat Emanuel-Vink en Van der Kaaij (1980) in de regio Nijmegen verrichtten een plaats in dit hoofdstuk. Zij verzamelden over het gewenste tijdstip van ontslag informatie bij opgenomen patiënten (vóór en na ontslag), ziekenhuisartsen en ziekenhuisverpleegkundigen, en bij de huisarts van de patiënt. In niet minder dan 43% van de gevallen meenden de ziekenhuisartsen dat het ontslag te laat plaatsvond. Als belangrijkste oorzaken hiervan noemden zij het ontbreken van een plaats in het verpleeghuis, en het feit dat de familie de patiënt niet kon opvangen. De (hoofd-)verpleegkundigen, die met 33% te laat ontslagen patiënten iets gunstiger oordelen, geven dezelfde oorzaken aan. Als men dit resultaat afzet tegen de conclusie van Drogendijk dat verkorting van de verpleegduur vooral door intramurale factoren bereikt kan worden zien we een duidelijke discrepantie: in het vanuit het ziekenhuis verrichte onderzoek van Emanuel-Vink en Van der Kaaij komt juist het ontbreken van extramurale (althans buiten het ziekenhuis gelegen) opvang sterk naar voren als belemmering van een verkorte verpleegduur. Ook hier kan men zich overigens de vraag stellen in hoeverre de subjectieve percepties bij de ziekenhuisartsen en -verpleegkundigen over de 'extramurale' opvangcapaciteit overeenkomen met de feitelijke situatie.

De patiënten uit dit Nijmeegse onderzoek vonden veel minder vaak dat ze te laat waren ontslagen. Onder artsen, verpleegkundigen en patiënten bestaat, afgezien van het tijdstip van ontslag, vrij grote tevredenheid over de gevolgde ontslagprocedure: ruim 80% meende dat de meest wenselijke oplossing was gevonden. De onderlinge consensus hierover is ook vrij groot. De nazorg die de patiënt na het ontslag feitelijk ontvangt sluit niet geheel aan op zijn behoeften: met name de verleende gezinsverzorging blijft achter bij wat de patiënt na ontslag zelf zou willen.

Bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek moet bedacht worden dat de onderzoekspopulatie niet representatief was: het betrof ontslagen patiënten van slechts drie specialismen, met rela

tief veel chronische patiënten. De percentages te laat ontslagen patiënten liggen daardoor zonder twijfel hoger dan voor de totale groep, en ook de genoemde oorzaken (met name 'geen plaats in het verpleeghuis') gelden alleen voor deze groep veelal chronische patiënten. Dat neemt niet weg dat dit onderzoek een belangrijke aanwijzing geeft dat, althans voor bepaalde groepen patiënten, substitutie van eerstelijnszorg voor intramurale zorg zeker tot de mogelijkheden behoort.

Van Burink-Withaar, Van den Heuvel en Rood-Nieuwland (1979) ver richtten een onderzoek naar de ervaringen van patiënten (40) en wijkverpleegkundigen (32) met nazorg bij opname wegens hoofd- en halskanker. De door de wijkverpleegkundige geboden hulp bleek zowel verpleegtechnisch als psycho-sociaal van aard te zijn; doorverwijzing naar haar vond echter vrijwel uitsluitend plaats om verpleegtechnische redenen. De feitelijke informatie-overdracht laat bij doorverwijzing nogal eens te wensen over.

Bultman (1979) interviewde 29 wijkverpleegkundigen in regio's mét en zonder georganiseerde nazorg. Hij concludeert dat, naar de mening van de betrokkenen, in regio's met georganiseerde nazorg méér en betere informatie vanuit ziekenhuis of verpleeghuis wordt gegeven dan in regio's zonder georganiseerde nazorg. Wel blijkt de kwaliteit van één en ander vooral bepaald te worden door de betrokken personen: de nazorg-organisatie schept noodzakelijke, maar nog niet voldoende voorwaarden voor een goede communicatie.

Verschuren (1985) ging bij 90 ontslagen patiënten (47 mét, 43 zonder nazorg) na of zij die nazorg nodig hadden die ook kregen, en trachtte op basis van haar onderzoek selectie-criteria voor nazorg op te stellen. De volgende categorieën patiënten bleken wèl nazorg nodig te hebben (volgens het gemeenschappelijk oordeel van twee beoordeelaars) maar deze niet te ontvangen: patiënten waarbij de ziekenhuisopname niet of nauwelijks geholpen heeft, en patiënten die hulp en/of controle nodig hebben bij stoma, wonden, prothese, incontinentie, een dieet, decubitus, zuurstof of contracturen. In 83% van de door haar onderzochte gevallen bleek ten aanzien van het wel of niet verlenen van nazorg de juiste beslissing genomen; 16% kreeg ten onrechte geen nazorg, 1% ten onrechte wèl.

Van der Capellen (1984) plaatst het verschijnsel nazorg in een zeer breed theoretisch en historisch perspectief. De door hem gehanteerde theorieën liggen vooral op het terrein van de organisatiekunde, waarbij hij ruimé aandacht besteedt aan de relatie tussen organisatie en omgeving. Toetsing van de theoretische noties aan empirisch materiaal blijft helaas achterwege.

Drijver, Van den Esch, Kok e.a. (1982) constateerden in de regio Arnhem dat in één week 15% van de 142 ontslagen patiënten voor nazorg in aanmerking kwam. Vóór de aanvang van het onderzoek werd dit van ziekenhuiszijde geschat op 2%. Hoewel 15% een veel reëler cijfer lijkt, menen de auteurs dat het onderzoek zelf tot dit in hun ogen zeer hoge percentage heeft geleid. Interessanter is hun bevinding dat de ziekenhuisverpleegkundigen vaker curatieve aspecten als criteria voor nazorg hanteren, en de wijkverpleegkundigen vaker psychosociale. Zij geven als interpretatie dat óf de ziekenhuisverpleegkundigen de kans op het ontstaan van psychosociale problemen bij de patiënt na ontslag geringer achten dan de wijkverpleegkundigen, óf dat er bij ziekenhuisverpleegkundigen twijfels bestaan over de vraag of het begeleiden van psychische problemen een taak van de wijkverpleegkundige is.

Beschrijvingen van enkele experimenten op het gebied van nazorg vindt men bij Hanzens (1981), Lablans, Mulder en in 't Zandt (1981) en Kiers (1984).

Een laatste terrein waar, in theorie althans, aandacht voor gevraagd zou moeten worden is de nazorg aan patiënten van psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en verslavingsklinieken. De eerste lijn blijkt hierin echter geen rol van betekenis te spelen. Het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen nemen ieder ongeveer een kwart van de nazorggevallen voor hun rekening (Ten Horn, 1982).

3.2. Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek

De uitstroom uit de tweede lijn is aanzienlijk minder diepgaand onderzocht dan de instroom. Het onderzoek richt zich doorgaans op een locale situatie; het verzamelde materiaal is als regel gebaseerd op subjectieve percepties van artsen, verpleegkundigen en patiënten. Toch komt uit het verrichte onderzoek wel een duidelijk beeld naar voren. Er is sprake van matige tot slechte communicatie, een onduidelijke beeldvorming binnen het tweede echelon over het eerste en vice versa, en een niet altijd op de behoeften van de patiënt aansluitende nazorg.

Verder onderzoek zou onzes inziens vier richtingen op kunnen gaan. In de eerste plaats is het heel interessant om de perceptie van de betrokkenen te vergelijken met wat 'hardere' gegevens over de nazorg

en de mogelijkheden daartoe. Gegeven de vertekende wederzijdse beeldvorming is het heel wel denkbaar dat men zich bij zijn beleid laat leiden door niet geheel of geheel niet met de werkelijkheid strokende opvattingen.

Een tweede lijn van onderzoek kan gevormd worden door wat meer instrument-ontwikkellende activiteiten: 'kwaliteit, continuïteit, communicatie' zijn begrippen die als doel en/of middel veelvuldig gehanteerd worden, maar empirische connotaties ontbreken grotendeels. Een uitspraak als van Drogendijk (1981) ('gestructureerde nazorg leidt tot kwaliteitsverbetering en meer continuïteit van de zorg, omdat het de communicatie verbetert') vraagt eenvoudig om empirische toetsing, anders dan door mededelingen van direct betrokkenen. Wat dat betreft kan een parallel getrokken worden met de gestructureerde samenwerking binnen de eerste lijn (zie de bijdrage van Wijkel in deze bundel): hoewel een volledige kosten-baten-analyse nog niet is uitgevoerd, zijn toch de meerkosten van samenwerkingsverbanden al wel afgezet tegen productieparameters als verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Samenwerken in de eerste lijn kost geld, maar levert meer op dan het kost. Samenwerken tussen eerste en tweede lijn in de vorm van gestructureerde nazorgdiensten, overleg tussen eerste en tweede lijn etc. kost eveneens geld; het is te voorzien dat de vraag wat dat nu precies oplevert aan materiële besparingen of meetbare kwaliteitsverbetering niet lang op zich zal laten wachten.

Een derde lijn, samenhangend met de vorige, is het verrichten van substitutiestudies. In rekenmodellen van de gezondheidszorg speelt 'nazorg' als variabele die mede de opnameduur kan bepalen tot op heden geen rol. In onderzoek van locale situaties spelen allerlei particuliere eigenaardigheden een rol, zodat het aantonen van substitutie respectievelijk het ontbreken daarvan niet meer oplevert dan een hypothese voor verder onderzoek. Tot op heden heeft in de substitutie-discussies het accent gelegen op de substitutie van huisartsenzorg voor (poli-)klinische zorg, waarbij de relatie tussen huisartsendichtheid en verwijs- en opnamecijfers centraal staat. Er is geen enkele reden te bedenken waarom substitutie van thuiszorg voor klinische zorg door middel van georganiseerde nazorg niet een even boeiend en relevant onderdeel van de substitutie-discussie zou kunnen vormen.

Een vierde ontwikkelingslijn kan gevonden worden in een wat meer procesmatige benadering van ontslag en nazorg. Bij het bepalen van het ontslagtijdstip en van de beslissing tot nazorg zijn een aantal 'partijen' betrokken: patiënt, verpleging, specialist, wijkverpleging, huisarts, gezinsverzorging, en (tegenwoordig ook wel in con-

crete gevallen) financiers. Onderzoek van de wijze waarop in casu besluitvorming tot stand komt en van ieders stem daarin is voor een beter begrip zeker relevant.

4. SAMENWERKING, TAAKAFBAKENING

4.1. Het onderzoek

Voor de publicaties rond samenwerking tussen eerste en tweede lijn geldt ongeveer hetzelfde als voor de rapporten en artikelen over nazorg. Veel beschouwing, niet veel onderzoek. Een aantal publicaties betreft een beschrijving van een bepaald samenwerkingsexperiment, al of niet uitgaande van een expliciet geformuleerd 'model' voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn, en doorgaans met een beschrijving van de resultaten van het experiment. Als regel zijn publicaties van dit type hier niet opgenomen, hoewel in dit soort gevallen de grens tussen onderzoek, 'actie-onderzoek' en casuïstiek niet altijd scherp valt te trekken.

Peters (1982) verrichtte een aantal onderzoeken rond het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht. Hij geeft een uitvoerige beschrijving van de organisatie van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, mede in het kader van een experiment met een diagnostisch centrum als onderdeel van het ziekenhuis. Op basis van de hem ter beschikking staande gegevens concludeert hij dat het experiment geleid heeft tot substitutie van eerste- voor tweedelijnszorg.

Wijkel en Van der Grijn (1982) komen bij hun evaluatie van ditzelfde experiment tot de conclusie dat het diagnostisch centrum vooral commercieel voor het ziekenhuis van belang is geweest en dat het de productie van de diagnostische tests flink omhoog heeft gestuwd. Deze laatste auteurs benadrukken dat een voorziening als een diagnostisch centrum niet zomaar ergens moet worden neergezet, maar moet worden gepland binnen het totale stelsel van samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn. Slechts onder bepaalde voorwaarden zou een diagnostisch centrum dan kunnen resulteren in de zo gewenste versterking van de eerste lijn. Wat zij wèl een positief resultaat achten van het experiment zijn de protocollen die huisartsen en specialisten hebben ontworpen, mede naar aanleiding van het intensiever geworden contact ten gevolge van het openen van het diagnostisch centrum.

De Haen en Wijkkel (1982) rapporteren over de bij de evaluatie van dit experiment gebruikte 'tracer-methode': met behulp van intensieve registratie bij zogenaamde 'indicator-aandoeningen' poogde men de onderlinge samenhang in de zorgverlening vast te stellen. Zij constateren dat deze methode in Nederland nauwelijks toepasbaar is door de weinig systematische en nauwelijks op aansluiting met andere echelons gerichte wijze van registratie in (vooral) de eerste lijn). Een ander experiment met een diagnostisch centrum vond plaats in het ziekenhuis St. Annadal te Maastricht. De situatie was echter niet op alle punten vergelijkbaar met Oudenrijn. De mogelijkheden tot consultatie van de specialist waren beter gestructureerd, en over het aanvragen van bepaalde diagnostische tests werden duidelijke werkafspraken gemaakt (Brouwer, Kerkhof en Pop, 1983). Het gedrag van de huisartsen wat betreft het vermelden van gegevens op de aanvraag voor de test en wat betreft de indicatiestelling bleek moeilijk te beïnvloeden. Indien de werkafspraken echter vergezeld gingen van maandelijkse feed-back bleek een verbetering in het aanvraagpatroon van de huisartsen op te treden.

De Greve en Vrakking (1983) onderzochten een aantal samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn en kwamen tot de conclusie dat vier 'fenomenen' een rol spelen bij deze samenwerkingsrelaties. Zij onderscheidden het ruilfenomeen, het afhankelijkheidsfenomeen, het normatieve fenomeen en het individuele motivatiefenomeen. In de theorie van het ruilfenomeen komt samenwerking tot stand doordat partijen schatten meer opbrengsten aan samenwerking over te houden dan er kosten voor worden gemaakt. Volgens de theorie van het afhankelijkheidsfenomeen wordt samenwerking verklaard uit bestaande machtsrelaties van waaruit samenwerking kan worden afgedwongen. Bij het normatieve fenomeen wordt samenwerking ondernomen vanuit bepaalde normatieve opvattingen in de verwachting dat deze worden gedeeld door de samenwerkingspartner. Volgens de theorie van de individuele motivatie wordt samenwerking ondernomen omdat één of meer personen daarvoor om welke reden dan ook sterk zijn gemotiveerd. In de praktijk blijken alle fenomenen vaak gezamenlijk voor te komen. In een volgend artikel beschrijft De Greve (1983) een typologie van samenwerkingsactiviteiten. Hij onderscheidt de volgende vijf activiteitensoorten: het opstellen van een basisfilosofie, het doen van onderzoek, het verbeteren van de communicatie, het oplossen van praktijkproblemen en het inventariseren van klachten. Aangetekend moet wel worden dat De Greve zijn typologie baseert op een zeer gering aantal samenwerkingsrelaties, namelijk vijf.

Swinkels en Dopheide (1982) onderzochten de samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn te Hoogeveen. Hoewel deze samenwerking zeer veel tijd kostte bleken beide groepen die er zeker wel voor over te hebben, huisartsen zelfs nog iets meer dan specialisten. Ook financieel waren er geen grote problemen, maar de taakafbakening tussen eerste en tweede lijn bleek zeer veel problemen op te leveren. Huisarts en specialist claimen beiden een stuk gezondheidszorg tussen eerste en tweede lijn. De auteurs menen dat het te Hoogeveen opgerichte 'Huisartsenberaad' van grote invloed is geweest op de (aanvankelijk zeer succesvolle) samenwerking. In dit huisartsenberaad, dat gekenmerkt wordt door een zeker voor beoefenaren van een vrij beroep zeer geringe mate van vrijblijvendheid, worden alle afspraken tussen huisartsen en specialisten of ziekenhuis voorbesproken en de afspraken worden ook min of meer collectief gemaakt. Uit eigen waarneming kregen de onderzoekers de indruk dat het Huisartsenberaad daarbij een belangrijke rol speelde wat betreft controle op het nemen van de gemaakte afspraken.

De door Dopheide (1982) ontworpen vragenlijst voor het vaststellen van de taakopvatting van huisartsen, die de basis vormde voor de in het Hoogeveense onderzoek gebruikte lijst, werd door Beek, Van Eijk en Rutten (1984) voorgelegd aan 550 huisartsen en 1420 specialisten. De respons was laag (25 tot 40%). Binnen de groep huisartsen was de overeenstemming groter dan binnen de groep specialisten (wellicht doordat het hier vrij veel verschillende specialismen betrof); net als te Hoogeveen bleken de huisartsen meer te 'claimen' dan specialisten hen toestaan. Bij huisartsen vinden deze auteurs een sterkere preferentie voor een centrale rol van de huisarts naarmate de huisarts in een meer gestructureerd samenwerkingsverband werkt: 45% van de solisten versus 51% van de samenwerkende huisartsen en 67% van de huisartsen in gezondheidscentra behoren tot de categorie met een opvatting over taakafbakening waarin de huisarts een meer centrale rol speelt. Een vergelijkbare relatie werd gevonden door Verhaak (1984): huisartsen in gezondheidscentra en kleine praktijken blijken vaker een 'huisartsgeneeskundige' taakopvatting te hebben.

In een op bovengenoemde publicatie volgende serie artikelen zijn deze auteurs ingegaan op de wenselijkheid van verschuivingen van tweede naar eerste lijn (Beek, Van Eijk en Rutten, 1985; Rutten, Beek en Van Eijk (1985) en Rutten, Van Eijk en Beek (1985a, b, c en d). Niet verrassend is de uitkomst dat huisartsen het veel meer dan specialisten eens zijn met de uitspraak dat er verschuivingen van tweede naar eerste lijn moeten komen (47 versus 17%). Over concreet voorgestelde maatregelen om dat doel te bereiken bestaat echter meer

overeenstemming: meer mogelijkheden tot consultatie, verplichte nascholing en intercollegiale toetsing ontmoeten weinig weerstand. Méér diagnostische faciliteiten en apparatuur ter beschikking stellen van huisartsen is iets dat huisartsen en specialisten echter verdeeld houdt.

Deze algemene conclusies zijn verbijzonderd voor de relaties van huisartsen met respectievelijk dermatologen, chirurgen (ten aanzien van kleine chirurgie), internisten (controle diabetes mellitus), gynaecologen, en longartsen (chronische bronchitis). Tussen specialisten zijn wel verschillen te vinden, maar het bovenstaande beeld blijft ook per specialisme toch grotendeels onveranderd.

Kolkman en De Jager (1984) stelden de vraag of huisartsen een preferentie hebben voor het kleine ziekenhuis bij het verwijzen van hun patiënten. Dit bleek in het algemeen niet zo te zijn. De contacten van huisarts met specialisten van basisziekenhuizen zijn niet intensiever of persoonlijker dan die tussen huisarts en specialisten van centrumziekenhuizen, zo stellen zij. Tevens bleek dat directies en medische staven van basisziekenhuizen niet actiever zijn dan die van centrumziekenhuizen in het bevorderen van de contacten tussen de specialisten en de huisarts. Wèl vinden de huisartsen een basisziekenhuis over het algemeen gemoedelijker, gezelliger en overzichtelijker dan een centrumziekenhuis. Daar staat tegenover dat huisartsen het centrumziekenhuis prijzen om de medisch-technische voorzieningen.

Meyboom en Casparie (1980) deden een onderzoek naar de snelheid en de kwaliteit van de berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Gepoogd werd de berichtgeving te verbeteren door een andere lay-out van het voorbericht bij ontslag en door de medische staf het matige resultaat van de eerste meting te laten zien. De resultaten waren niet zeer bemoedigend. Verder bleek dat de snelle berichten inhoudelijk de beste waren. Het is volgens de auteurs vooral de attitude van de specialist die de kwaliteit van de berichtgeving bij ontslag bepaalt.

Het onderzoek van Van der Grinten (1981) is al genoemd in het hoofdstuk over het verwijzen door de huisarts. Van der Grinten meent dat bij huisarts en internist door de consultatie het inzicht in elkaars manieren van werken aanzienlijk gegroeid is. Het toetsingsaspect is volgens hem een niet te miskennen element van de consultatie. Het in vragende vorm te berde brengen van een moeilijke patiënt is duidelijk minder bedreigend dan het poneren van een stelling. Alleen al het feit dat een patiënt werd besproken, waarbij de inbrenger twijfels had over zijn handelwijze, was voldoende volgens Van der Grin-

ten, om de anderen kritisch aan het denken te zetten.

Jacobs, De Melker en Touw-Otten (1983a en b) doen verslag van een lopend onderzoek naar samenwerking tussen huisartsen en specialisten en de kwaliteit van de hulpverlening. Zij onderscheiden een zestal samenwerkingsvormen: diagnostische raadpleging, consultatie, consultatieve verwijzing, verwijzing met overname van de behandeling, verwijzing met gezamenlijke behandeling en consultatie in het ziekenhuis. De samenwerkingsvormen waarbij expliciete werkafspraken worden gemaakt, blijken eerder een zeldzaamheid dan een regelmatig terugkerend patroon te zijn. De onderzoekers hebben de indruk dat het samenwerken met een internist voor een huisarts niet veel méér betekent dan dat hij regelmatig patiënten verwijst naar deze internist en zo nu en dan telefonisch overlegt. In een aantal gevallen bleek een duidelijke discrepantie te bestaan tussen de samenwerking zoals die tot stand is gekomen en de vorm van samenwerking die de huisartsen hadden nagestreefd. De huisartsen streven vooral de consultatieve verwijzing en de verwijzing met de gezamenlijke behandeling na, terwijl er in de praktijk vooral sprake was van verwijzingen met overname van de behandeling. De schrijvers stellen dat de huisartsen bij veel verwijzingen niet expliciet mededelen dat zij gaarne bij de behandeling betrokken willen blijven. De ontevredenheid van de huisartsen met de samenwerking blijkt vooral samen te hangen met de wens meer invloed te kunnen uitoefenen op het behandelen door de specialist. Verder worden risico's van onnodige schade en medicaliserende effecten van specialistische hulpverlening door de huisarts genoemd. De internisten menen dat de huisarts zich vaak een bredere taak en deskundigheid toekent dan eigenlijk wenselijk is.

Kersten (1984, zie voor een samenvatting Kersten en Dopheide, 1984) onderzocht secundair materiaal om te bezien of er aanwijzingen bestaan dat de huisarts enige invloed heeft op wat er met 'zijn' patiënt gebeurt als deze verwezen is. Een middelgroot ziekenfonds bleek bereid een bestand van verwijs- en herhalingskaarten te maken, zodanig dat de ratio tussen herhalings- en verwijskaarten vastgesteld kon worden voor 'koppels' huisartsen en specialisten. Specialisten bleken onderling sterk te verschillen in het aantal herhalingskaarten dat zij per verwijskaart uitschrijven, ook als gecorrigeerd werd voor de leeftijdsverdeling van de naar hen verwezen patiënten. Ook tussen huisartsen bleken op dit punt verschillen te bestaan: voor de patiënten van de ene huisarts werden aanzienlijk meer herhalingskaarten uitgeschreven dan voor patiënten van de andere. Een aanwijzing dat hierin wellicht mede de huisarts zelf de hand heeft vond Kersten in het feit dat de verschillen ook bleken te be-

staan als koppels huisartsen en specialisten werden vergeleken: binnen alle onderzochte specialisten(-associaties) bleek dat patiënten van de ene huisarts aanzienlijk vaker (tot een factor drie) werden terugbesteld dan patiënten van de andere huisarts. Hij concludeert dat het zeker de moeite waard is de hypothese waartoe zijn onderzoek aanleiding geeft, namelijk dat de huisarts in zekere mate invloed in de tweede lijn kan uitoefenen, nader te exploreren en te onderzoeken.

Dopheide en Dronkers (1985) inventariseerden de wensen tot samenwerking en de daarbij te overwinnen problemen bij huisartsen en specialisten in Soest en Baarn. Op grond van de zeer grote tevredenheid die er bij bijna alle betrokkenen over de bestaande situatie blijkt te heersen concluderen zij dat een nauwere samenwerking eigenlijk niet zo voor de hand ligt, tenzij een externe factor daartoe als het ware dwingt (in casu de dreiging van sluiting van één of beide ziekenhuizen).

4.2. Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek

Onderzoek naar samenwerking en taakafbakening is uiterst divers. Aan de ene kant zien we studies als die van De Greve en De Greve en Vrakking, die vijf samenwerkingssituaties beschrijven en daarop, met vier 'fenomenen' en vijf activiteitensoorten, een typologie van samenwerking baseren. Als bijdrage aan de reductie van de werkelijkheid tot een beperkt aantal beschrijvende categorieën (wat toch één, zo niet hét doel van empirisch wetenschappelijk onderzoek is) is een dergelijk onderzoek uiteraard van beperkte waarde; als 'spiegel' voor concrete samenwerkingsverbanden tussen eerste en tweede lijn, en in zekere mate ook wel als hypothesevormer en richtinggever voor grootschaliger onderzoek zijn deze benaderingen echter zeer waardevol. Aan de andere kant vinden we empirisch doorwrochte studies als die van Kersten, die zich zeer veel moeite getroost heeft om uit te zoeken of er, als we praten over de invloed van de huisarts op het ziekenhuisgebeuren, in de empirie eigenlijk wel aanwijzingen zijn te vinden dat zoiets überhaupt in observatietermen kan worden vastgelegd. Een benadering die onderzoekers wél aanspreekt, maar waar huisartsen en specialisten die willen samenwerken 'niets mee kunnen'. Een dergelijke benadering zou echter aan waarde winnen als hij gecombineerd zou kunnen worden met de beeldvorming die er bij huisarts en specialist van elkaar bestaat: wellicht staat men 'de ander' meer invloed in het 'eigen' echelon toe naarmate men de ander des-

kundiger acht.

Naast het diverse karakter van het onderzoek is het gebrek aan theorievorming opvallend. Een variabele als 'taakafbakening' of 'taakopvatting' wordt door verschillende auteurs gehanteerd, maar niemand (ook schrijver dezes niet) heeft zich nog de moeite gegeven dit naar het lijkt belangrijke concept in te kaderen in een (sociaal-)wetenschappelijke theorie over het handelen van personen met een hoge graad van professionele autonomie. Is theorievorming wèl verricht (het 'ruilfenomeen' bijvoorbeeld berust op een uitgebreide literatuur over sociale ruilverhoudingen), dan blijft toepassing beperkt tot een zeer klein aantal gevallen.

Verder onderzoek zou onzes inziens een synthese moeten zijn van de vooral in kringen van organisatiekundigen bestaande theorieën over samenwerking tussen personen en tussen organisaties en de veel sterker op de empirie gerichte maar vaak theorie-arme benadering van de onderzoekers. Evenals gezegd bij de afsluiting van de paragraaf over nazorg, zou de factor 'samenwerking' op langere termijn heel wel opgenomen kunnen worden in rekenmodellen over het functioneren van het gehele systeem van gezondheidszorg.

5. SAMENVATTING

Op het terrein van de relatie tussen eerste en tweede lijn is veel onderzoek gedaan; een samenvattend oordeel daarover is echter niet gemakkelijk te geven. De uitstroom van eerste naar tweede lijn is vrij grondig onderzocht: nader onderzoek zal zich vooral moeten richten op het 'mechanisme' dat moet verklaren hoe men zich de werking van een aantal determinanten voor het verwijscijfer moet voorstellen. De relatie met en de taakafbakening ten opzichte van de specialist is één van die variabelen; theorievorming op dat gebied is zeker gewenst.

De uitstroom uit de tweede lijn blijkt veel fragmentarischer onderzocht te zijn; op dit gebied is vooral behoefte aan 'harder' materiaal, en aan meetinstrumenten om belangrijke maar empirisch nog nauwelijks onderzoekbare begrippen als continuïteit, kwaliteit, communicatie etc. te onderzoeken.

Uitstroom naar de tweede lijn en 'terugstroom' naar de eerste lijn zijn output-criteria die, behalve door aanbodfactoren, vraagfactoren en financiële regelingen, beïnvloed worden door de wijze waarop eer-

ste en tweede lijn ten opzichte van elkaar functioneren, met elkaar samenwerken en hun taken afbakenen. Op dit gebied is sprake van veel theorie zonder onderzoek, en van veel onderzoek zonder theorie. Een alomvattende theorie van de relatie tussen eerste en tweede lijn lijkt op korte termijn niet nagestreefd te moeten worden; het onderzoek is daarvoor te complex, en onderzoek dat zowel theoretisch als empirisch relevant is moet eigenlijk nog beginnen. Op deelgebieden zouden theorie en empirie echter aanzienlijk nauwer vervlochten kunnen zijn dan nu het geval is.

NOTEN

1. Oriëntatie-percentage van gemeente X op gemeente A: het aantal opnamen van inwoners uit X in A gedeeld door het totaal aantal opgenomen inwoners van X, maal 100%.
2. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat in onderzoek dat van multi-variate analyse gebruik maakt steeds, tenzij anders vermeld, het verband tussen verwijscijfer en verklarende variabele wordt vermeld gebaseerd op de partiële correlatie- of regressie-coëfficiënt.
3. Het woord 'verwezen' staat tussen aanhalingstekens omdat het ziekenfondsverwijscijfer, in tegenstelling tot het door Geurts geconstrueerde verwijscijfer, géén verwijzingen naar röntgenafdeling, laboratorium fysiotherapeut etc. omvat.

LITERATUUR

- BEEK, M., J. VAN EIJK en G. RUTTEN - 1984. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Medisch Contact, 39, no. 39, 1247-1251
- BEEK, M., J. VAN EIJK en G. RUTTEN - 1985. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. Medisch Contact, 40, no. 10, 299-302

- BENSING, J., en P. VERHAAK - 1980. Consultatieproject Eindhoven: verwijspatronen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel III
- BERGSMAN, J., G. FIERET - 1980. Het spreekuur - naar de huisarts en terug. Tilburg, Katholieke Hogeschool, Vakgroep klinische psychologie en psychotherapie
- BOOTS, J. - 1984. Verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 5, no. 1, 11-18
- BREMER, G.J. - 1964. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Utrecht. Dissertatie
- BROUWER, W., P.D. Kerkhof en P. POP - 1983. Diagnostisch Centrum Maastricht: de relatie 1e-2e lijn in ontwikkeling. Evaluatie van het experiment. Maastricht, Rijksuniversiteit. Eindrapportage
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1984. Samenwerking door huisartsen: een vergelijkende case-study. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- BULTMAN, J. - 1979. De communicatie tussen instrumetale werkers en wijkverpleegkundigen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 57, no. 9, 316-317
- BURINK-WITHAAR, A.G.J. VAN, W.J.A. VAN DEN HEUVEL en A. ROOD-NIEUWLAND - 1979. Nazorg aan patiënten met hoofd- en halskanker: onderzoek naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen en patiënten. Rotterdam, Vereniging Interkruis Zuid-Holland, Studiecentrum Sociale Oncologie
- CAPELLEN, A. VAN DER - 1984. Nazorg: voor wie een zorg? Nazorg in interactioneel perspectief, met aandacht voor structurele aspecten. Leiderdorp, Interuniversitaire Interfaculteit Bedrijfskunde Delft. Doctoraal scriptie
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE - 1980. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Medisch Contact, 35, no. 29, 879-884
- DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE - 1981. Samenwerken en verwijzen: nader onderzoek gewenst. Medisch Contact, 36, no. 40, 1221-1224
- DOPHEIDE, J.P. - 1982. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Gezondheid en Samenleving, 3, no. 3, 141-151
- DOPHEIDE, J.P. en F.P. NIJHOUT - 1983. Een ziekenhuis op nieuw land: een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die re-

- gio. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Eerste interimrapport 1983. Tweede interimrapport 1984
- DOPHEIDE, J.P. en J. DRONKERS - 1984. Soest en Baarn samen: een onderzoek naar bestaande en gewenste samenwerkingsverbanden tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Soest en Baarn. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- DROGENDIJK, C.A. - 1981. Ziekenhuis-, wijkverpleging: een paar apart. Utrecht, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. Leiden
- DRIJVER, H., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK en C.J. LAKO - 1982. (Wijk)-verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10, no. 1, 16-18
- DUUREN, R. VAN en L.A.J. HUPKENS - 1981. Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband: de financiële consequenties van de verschillen in verwijsgedrag tussen solo-artsen en samenwerkende artsen. Medisch Contact, 36, no. 31, 933-936
- EMANUEL-VINK, H. en P. VAN DER KAAIJ - 1980. Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Nijmegen, Dr. Veeger Instituut
- ES, J.C. VAN en H.R. PIJLMAN - 1970. Het verwijzen van ziekenfonds-patiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap, 13, no. 12, 433-449
- GAAG, J. VAN DER - 1978. An econometric analysis of the Dutch health care system. Leiden, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- GEURTS, J.J.M. - 1984. Samen of alleen: een onderzoek naar het effect van de praktijkvorm op het verwijsgedrag van de huisarts. Maastricht
- GREVE, W.B. DE en W.J. VRAKKING - 1983. Enkele verklaringstheorieën. Leiding en Organisatie in de gezondheidszorg, 1, no. 1, 36-44
- GREVE, W.B. DE - 1983. Typologie van samenwerkingsactiviteiten. Leiding en organisatie in de gezondheidszorg, 1, no. 1, 45-51
- GRINTEN, R. VAN DER - 1981. Communicatie huisarts - internist. Medisch Contact, 36, no. 26, 777-781
- GROL, R. - 1983. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. Eindrapportage. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Deel 5
- GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, P. MESKER, A. SMITS en J. MESKER-NIESTEN - 1985. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving, 6, no. 1, 31-40
- HAEN, F. DE en D. WIJKEL - 1982. De tracermethode in de gezondheidszorg. Gezondheid en Samenleving, 3, no. 4, 276-282

- HANZENS, A. - 1981. Opzet en werkwijze van een contactgroep ziekenhuisnazorg. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 34, no. 22, 963-968
- HOEKSMAN, B.H. - 1978. De polikliniek als schakel in de gezondheidszorg. Utrecht, College voor Ziekenhuisvoorzieningen
- HORN, S. TEN - 1982. Nazorg geeft kopzorg: een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 37, no. 12, 1279-1294
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN - 1983a. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (I). Medisch Contact, 38, no. 51, 1599-1601
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN - 1983. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (Slot). Medisch Contact, 38, no. 52, 1629-1632
- KERSTEN, D. - 1984. Invloed van de huisarts na de verwijskaart. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- KERSTEN, D. en J.P. DOPHEIDE - 1984. Invloed huisarts in de tweede lijn: een empirische verkenning. Medisch Contact, 39, no. 49, p.1579-1582
- KIERS, J. - 1984. In Twente al tien jaar ervaring met nazorg thuis. Inzet, 8, no. 4, 8-9
- KOLKMAN, H. en S. DE JAGER - 1984. Het basisziekenhuis: geknipt voor de eerste lijn? Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut
- KROL, L.J. - 1985. De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam. Dissertatie
- KRUIDENIER, H.J. - 1977. Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijspatroon. Inzet, 1, no. 1, 32-39
- LABLANS, F., J. MULDER en M. IN 't ZAND - 1981. Zorg-voor-zorg-na ziekenhuis: samenwerking ziekenhuis-wijkverpleging. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 34, no. 22, 955-962
- MELKER, R.A. DE - 1979. Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten. In: Holland naar de horizon: huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. 79-90
- MEYBOOM, W.A. - 1979. Praktijkverkleining en werkbelasting. Huisarts en Wetenschap, 22, no. 11, 441-441
- MEYBOOM, W.A. en A.F. CASPARIE - 1980. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis: een toetsingsonderzoek. Medisch Contact, 35, no. 33, 989-994

- MOKKINK, H. - 1983. Over het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. Eindrapport project 'Preventie van Somatische Fixatie'. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Deel 2
- NUYENS, W.J.F.I. - 1980. De functionaliteit van de poliklinieken in Friesland. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg. Deel I
- NIJHOUT, F.P. - 1985. De opening van een ziekenhuis: gevolgen voor de taakopvattingen en verwijscijfers van huisartsen. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 75-83
- PEETERS, R.F., F.C.J. STEVENS en J. VAN DER ZEE - 1985. Basisgegevens van de Nederlandse en Belgische Gezondheidszorg. Deventer, Van Loghum slaterus
- PETERS, J.H. - 1982. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema. Dissertatie
- POST, D. - 1983. Verwijzen: drie jaar huisartspraktijk geanalyseerd (I). Medisch Contact, 38, no. 45, 1424-1426
- POSTHUMA, B.H. - 1976. Invloed van leeftijd en geslacht op verwijscijfers naar medische specialisten. Groningen, Rijksuniversiteit, Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1977. Tussen eerste en tweede echelon. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1978. Tussen eerste en tweede echelon: over praktijkgrootte en productiecijfers van huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel II
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1980. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 1, no. 1, 59-68
- ROOLVINK, E.G.J.J. - 1983. Verwijs- en voorschrijfgedrag in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 38, no. 19, 568-570
- RUTTEN, F.F.H. en J. VAN DER GAAG - 1977. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. Health Services Research, 12, no. 3, 233-249
- RUTTEN, F.F.H. - 1978. The use of health care facilities in the Netherlands: an econometric analysis. Leiden, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- RUTTEN, G., M. BEEK en J. VAN EIJK - 1985. Kleine chirurgie: door wie? Medisch Contact, 40, no. 12, 367-368
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985a. Huisarts, huidarts of patiënt? Medisch Contact, 40, no. 11, 325-326

- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985b. Controles bij diabetes mellitus: een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Medisch Contact, 40, no. 13, 389-390
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985c. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Medisch Contact, 40, no. 14, 432-434
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK en M. BEEK - 1985d. Chronische bronchitis: opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. Medisch Contact, 40, no. 15, 457-458
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE - 1982. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VEN, W.P.M.M. VAN DE, F.A. NAUTA, R.C.J.A. VAN VLIET en F.F.H. RUTTEN - 1980. Inventarisatie van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Gezondheid en Samenleving, 1, no. 4, 224-252
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 11, 450-454
- VERSCHUREN, M. - 1985. Selectiecriteria voor nazorg. Maastricht, Rijksuniversiteit, Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap. Stageverslag
- WIJKEL, D. en D. VAN DER GRIJN - 1982. Huisarts en Diagnostisch Centrum. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, Nationaal Ziekenhuis Instituut
- WIJKEL, D. - 1983. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en productiecijfers. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I
- WIJKEL, D. - 1984. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel II
- WIJKEL, D. en J. VAN DER ZEE - 1984. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer: cijfers uit de periode 1976-1978. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, 1984, no. 11, 428-432
- WIJKEL, D. - 1985. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 253-262
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Dissertatie

12 **Relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg**

L. Peters

1.	INLEIDING	447
2.	TAAKAFSTEMMING	448
3.	VERWIJZEN	450
4.	SAMENWERKEN	456
5.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	460
	LITERATUUR	461

1. INLEIDING

In tegenstelling tot de relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg (zie de bijdrage van Dopheide daarover in deze bundel) is de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg (verder aan te duiden als GGZ) een relatief onontgonnen onderzoeksveld (zie Bensing, 1982). Op het eerste gezicht is dat niet verwonderlijk: niet alleen de omvang van de GGZ, maar vooral het aantal in behandeling zijnde patiënten is klein in vergelijking met de tweedelijns somatische gezondheidszorg. Bovendien konden patiënten zich tot voor kort zonder tussenkomst van de eerstelijns bij een ambulante GGZ-instelling aanmelden, met andere woorden de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) had, wat betreft de toegang, zelf een eerstelijnskarakter.

Pas het laatste decennium is de belangstelling voor de relatie eerstelijnsgezondheidszorg-GGZ - en daarmee ook voor onderzoek op dit gebied - toegenomen. Diverse factoren spelen hierbij een rol: algemeen maatschappelijke ontwikkelingen als een groeiende 'veralledaagsing' (en acceptatie) van het feit dat psychosociale problemen soms professionele hulp behoeven, een profilering van de huisartsgeneeskunde als een op integrale hulpverlening gericht beroep en een toenemende erkenning dat binnen de eerstelijns een aanzienlijk deel van de tijd van de hulpverleners aan psychosociale problemen besteed wordt. Tenslotte is ook de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ (waarin onder andere is vastgelegd dat de AGGZ alleen via verwijzing door de eerste lijn toegankelijk is) en de onlangs door het Ministerie van WVC uitgebrachte Nieuwe Nota Geestelijke Volksgesondheid (overheveling van de behandeling van 'lichte' psychosociale problemen van de AGGZ naar de eerstelijns) hier van belang.

In deze bijdrage wordt het onderzoek naar de relatie tussen eerste lijn en GGZ themagewijs besproken. Het tweede hoofdstuk betreft de taakafstemming tussen beide sectoren, vervolgens wordt het verwijzen van de eerstelijns naar de GGZ en vice versa behandeld, terwijl in het vierde hoofdstuk aandacht besteed wordt aan de diverse aspecten van samenwerking tussen de eerste lijn en de GGZ. De bijdrage wordt afgesloten met een conclusie, waarin het voorafgaande wordt samengevat en enkele suggesties voor toekomstig onderzoek worden gedaan. Volledigheidshalve verwijzen we naar de bijdrage van Verhaak in de bundel (Psychosociale problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg), waarin onder meer aandacht wordt besteed aan de behandeling door (zelfstandig gevestigde) psychologen en de samenwerking tussen huis-

artsen en psychologen.

2. TAAKAFSTEMMING

Uit de bespreking van onderzoek naar psychosociale problemen in de eerstelijns (zie de bijdrage van Verhaak in deze bundel) komt naar voren dat binnen de eerstelijns vooral de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk (AMW) veelvuldig met dergelijke problemen geconfronteerd worden. In die bijdrage wordt tevens ingegaan op de wijze waarop de eerstelijns hiermee omgaat. Onderzoek naar de vraag in hoeverre het soort problematiek en het type hulpaanbod (bijvoorbeeld farmacotherapie, gespreksmatige benadering etc.) in de eerste lijn afwijken of overeenkomen met problematiek en hulpaanbod in de diverse GGZ-voorzieningen, is echter nauwelijks verricht. Ook registratiesystemen als de Joint-registratie (AMW), het registratiesysteem van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) bieden hiertoe nauwelijks aanknopingspunten: zo er al iets over de diagnose of het probleemaanbod geregistreerd wordt, is dit tussen de verschillende registratiesystemen niet vergelijkbaar, terwijl ook de verleende hulp niet of volgens verschillende indelingscriteria geregistreerd wordt.

Fragментарisch materiaal is beschikbaar over de nazorg aan ex-psychiatrische patiënten. De Jong, Giel, Ten Horn e.a. (1983) hebben in een cohort-onderzoek nagegaan welke hulp 82 patiënten na het begin van een psychose kregen. Zij komen tot de slotsom dat het aandeel van de eerste lijn (huisarts en AMW) als nazorginstantie niet alleen proportioneel gering is (respectievelijk 7 en 5 % tegenover totaal 52 % bij de extramurale en semimurale GGZ), maar ook qua taken beperkter is dan bij de GGZ, namelijk verstrekking van en controle op medicijnen. Het betreft bovendien vooral eenmalige of incidentele contacten. Een ander beeld (maar ook een andere onderzoekspopulatie) komt naar voren in een onderzoek bij het Crisiscentrum te Groningen (Bloemsma, 1977). Met behulp van gestructureerde interviews met huisartsen, cliënten en stafleden van het centrum is de rol van de huisarts voor en na opname onderzocht. Hoewel ook hier bleek dat de huisarts slechts bij uitzondering (4%) als enige of voornaamste nazorginstantie wordt ingeschakeld, komt 65% van de cliënten binnen vijf maanden na ontslag bij de huisarts om hulp, meestal voor psy-

chische en sociale problemen.

Algemeen vergelijkend onderzoek naar de taakopvatting en taakuitoefening van de eerste lijn en de GGZ ontbreekt. Gezien de beleidsvoornemens om de behandeling van 'lichte' problematiek van de AGGZ naar de eerste lijn over te hevelen, kan dit als een duidelijk manco aangemerkt worden. Zo is bijvoorbeeld nooit onderzocht in hoeverre de hulpverlening door de AGGZ en het AMW overlap vertonen wat betreft soort problematiek, en bestaat evenmin duidelijkheid over de soms geuite stelling dat het AMW hetzelfde doet als de AGGZ, alleen voor de qua inkomen en verbaal vermogen minder bedeelde groepen uit onze samenleving.

Ook over de positie van de huisarts ten opzichte van het AMW en de AGGZ is niet al teveel bekend. Hoewel in diverse onderzoeken aandacht is besteed aan het handelen van de huisarts en zijn opvattingen over zijn patiënten op psychosociaal gebied (zie de bijdrage van Sluijs in deze bundel), zijn de resultaten - hoe relevant op zich - weinig bruikbaar voor vragen over de afstemming van taken ten opzichte van het AMW en de AGGZ. In dit kader willen we één onderzoek belichten. Terstegge (1982) is op basis van halfgestructureerde vraaggesprekken met 13 huisartsen nagegaan wat huisartsen op het gebied van psychosociale hulpverlening (i.c. relationele problematiek) doen en wat hun visie is op eigen activiteiten en het handelen van andere psychosociale hulpverleners. Het is een oriënterend onderzoek onder een selecte groep huisartsen: nagenoeg allen zijn actief lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap, zijn betrokken bij nascholingsactiviteiten en hebben grote belangstelling voor psychosociale hulpverlening door huisartsen. In dit licht dienen dan ook de resultaten beschouwd te worden. De geïnterviewde huisartsen zijn allen zeer gemotiveerd om zelf, actief, psychosociale problemen te behandelen. De grote toename van het aantal psychosociale problemen, gebrek aan of onvrede met verwijsmogelijkheden en de voorkeur van patiënten om ook bij psychosociale klachten hulp te zoeken bij de eigen huisarts, worden hierbij als oorzaak aangegeven.

Tegelijkertijd blijkt echter dat uitbreiding van taken in de zin van het voeren van psychotherapeutische gesprekken op problemen stuit: de huisartsen achten zich hiertoe niet zeer competent, en veelal ontbreekt hen ook de tijd hiervoor. Nagenoeg alle huisartsen zijn inmiddels van het voeren van dit soort gesprekken teruggekomen.

3. VERWIJZEN

Cijfers

Over verwijscijfers tussen eerstelijns en GGZ is relatief nog het meeste (onderzoeks)materiaal beschikbaar. Hoewel de kwaliteit van de gegevens niet optimaal is, kan toch wel vastgesteld worden dat - gezien het veelvuldig voorkomen van psychosociale problemen - het aantal mensen dat in de GGZ belandt uiterst gering is.

In navolging van het morbiditeitsmodel van Goldberg en Huxley (1980) hebben Ormel en Giel (1983) een schatting gemaakt van de jaarlijkse prevalentie van psychische problematiek in Nederland (zie tabel 1).

Tabel 1: de jaarlijkse prevalentie van psychische problematiek in Nederland

niveau van morbiditeit	filter	jaarlijkse prevalentie (per 1000 inwoners van 15 jr. en ouder)
1. bevolking		175-260
2. totaal bij huisarts	1(ziektegedrag)patiënt	155-240
3. herkend door huisarts	2(herkenning)huisarts	155
4. totale GGZ	3(beslissing)huisarts	26- 27
5. intramurale GGZ	4(beslissing)psychiater	8- 10

Bron: Ormel en Giel, 1983.

In dit model worden vijf morbiditeitsniveau's met vier bijbehorende filters onderscheiden. De schrijvers baseren hun cijfers op onderzoek van Giel in Stolwijk (1972), het monitoring project van Lamberts en Hartman (1982a en b), resultaten van het Noordelijk Register Geestelijke Volksgezondheid en gegevens van het Nederlands cen-

trum Geestelijke volksgezondheid (NcGv, 1982). Als meest opvallende resultaten noemen Ormel en Giel:

- het geringe percentage personen met psychische problemen dat de huisarts daarmee niet consulteerde;
- het geringe aantal verwijzingen van de huisarts naar de (A)GGZ;
- het relatief grote aantal gevallen waarbij de huisart geen psychiatrische morbiditeit herkent in vergelijking met onderzoek met behulp van een screeningstest en een gestandaardiseerd klinisch interview (deze laatste conclusie is overigens vooral gebaseerd op gegevens over de Engelse situatie).

Dat huisartsen weinig naar de (A)GGZ verwijzen krijgt extra betekenis als dat afgezet wordt tegen het aantal verwijzingen naar somatisch specialisten. Zo komt Peters (1984a) op basis van landelijke registratiegegevens over de AGGZ en de algemene psychiatrische ziekenhuizen alsmede enkele onderzoeken tot de conclusie dat nog geen 3% van het totaal aantal verwijzingen door huisartsen betrekking heeft op de (A)GGZ.

Tabel 2: aantal verwijzingen* per huisartspraktijken per 1000 van de bevolking in 1982

	per huisarts- praktijk	per 1000 v.d. bevolking
somatisch specialisten	575	231
GGZ-totaal	16 à 17	6 à 7
-waarvan extramuraal	14	5 à 6
(AGGZ inclusief CAD's/IMP's**	8	3 à 3,5)
(polikliniek + zelfstandig		
gevest. psychiaters)	6	2 à 3)
-waarvan intramuraal	2.5 à 3	1

* Bij de berekening, c.q. schatting zijn de verlengings-, refractie- en de achterafverwijzingen, alsmede de verwijzingen op verzoek van een specialist buiten beschouwing gelaten. Bron: Peters (1984b).

** Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs/Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie

Bron: Peters, 1984a.

Het aantal verwijzingen door de huisarts naar de GGZ bedraagt per 1.000 van de bevolking, zes à zeven, een aantal dat aardig in de buurt komt van het monitoring project (Lamberts en Hartman, 1982), waaruit een aantal van 5.9 afgeleid kan worden. Uit tabel 2 blijkt ook dat per huisartspraktijk jaarlijks nog geen drie verwijzingen naar een intramurale GGZ-instelling plaatsvinden. Hoe gering ook vanuit de huisarts gezien, vanuit de GGZ gezien is dat nog altijd een respectabel aantal, namelijk een kwart van het totaal aantal aanmeldingen (zie tabel 3).

Tabel 3: verwijzingen van en naar de algemene psychiatrische ziekenhuizen in 1981

Verwijspatroon bij opname in procenten (n = 20.657)		Verwijspatroon bij ontslag in procenten (n= 19.206)	
Huisarts	24.7%	Huisarts	20.9%
Extramurale GGZ	52.7%	Extramurale GGZ	47.4%
-waarvan AGGZ	34.6%	-waarvan AGGZ	24.0%
(SPD)	31.7%	(SPD)	20.8%
-waarvan polikl.+ zelfst.gevestigd psychiater	18.1%	-waarvan polikl.+ zelfst.gevestigd psychiater	23.4%
Diversen	16.4%	Diversen	13.2%
Eigen initiatief, familie, vrienden	6.1%		
Onbekend	0.1%	Onbekend	6.5%
		Tot. % verwijzingen	92.3%
		Niet verwezen	7.7%

A
P
Z

Bron: Peters, 1984b. De cijfers zijn gebaseerd op de Patiënten-registratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg

Tabel 4: verwijzingen van en naar de AGGZ in 1981

Verwijspatroon bij **aanmelding**
in procenten (n = 97.741)

Verw.pat. bij **uitschrijving**
in procenten (n = 87.358)

Kerndisciplines	
le lijn	34.9%
-waarvan huisarts	32.2%
-waarvan AMW	1.8%
-waarvan kruisinstell.	0.9%
Extramurale GGZ	6.9%
-waarvan eigen of andere AGGZ-instelling	5.2%
-waarvan polikl.+ zelfst.gevestigd psychiater	1.7%
Semi-murale GGZ	0.5%
Intramurale GGZ	4.4%
-waarvan algemene psychiatr.ziekenhuizen	2.2%
-waarvan PAAZ	0.9%
-waarvan overig	1.3%
Diversen	26.5%
-waarvan 0e echelon	11.8%
-waarvan school	5.1%
-politie/justitie	4.2%
Eigen initiatief, familie/vrienden	24.1%
Onbekend, niet verwerkbaar	2.8%

A
G
G
Z

Kerndisciplines	
le lijn	1.3%
-waarvan huisarts	0.5%
-waarvan AMW	0.8%
-waarvan kruisinstell.	0.1%
Extramurale GGZ	6.5%
-waarvan eigen of andere AGGZ-instelling	5.7%
-waarvan polikl.+ zelfst.gevestigd psychiater	0.8%
Semi-murale GGZ	0.5%
Intramurale GGZ	8.5%
-waarvan algemene psychiatr.ziekenhuizen	4.0%
-waarvan PAAZ	0.4%
-waarvan overig	4.1%
Diversen	2.6%
Onbekend	0.6%
Tot. % verwijzingen	20.1%
Beëindiging, verbreking zonder verwijzing	79.9%

Bron: Peters, 1984b.

Eenzelfde constatering kan voor de AGGZ worden gemaakt: hier zijn huisartsen in één derde van de gevallen de verwijzende instantie (zie tabel 4). Desondanks komt uit de cijfers naar voren dat er, in de periode vóór de Wettelijke Regeling AGGZ althans, nog allerminst sprake is van een spilfunctie van de AGGZ tussen eerstelijns en intramurale GGZ (Peters, 1984). Wat betreft het AMW wijzen landelijke registratiegegevens (Joint, NVAGG, PIGG) op een uiterst gering verwijsverkeer met de (A)GGZ. Vanuit het AMW wordt in circa 5 % van de afgesloten contacten naar een GGZ-instelling verwezen. Vanuit de GGZ gezien komt dit met relatief zeer kleine aantallen overeen.

Ondanks de grote hoeveelheid cijfers, is er weinig bekend over de betrouwbaarheid. Zo is het, vooral bij de door Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) geregistreerde instroomgegevens, onduidelijk in hoeverre de financieringsregelingen tot overrapportering van verwijzingen door medici leidt; zo is bij uitstroomgegevens onbekend of een verwijzing ook door de patiënt is opgevolgd en is, meer in het algemeen, niet duidelijk in welke mate een 'op eigen initiatief' geregistreerde verwijzing (mede) een gevolg is van een advies van een hulpverlener.

De cijfers uit tabel 4 hebben betrekking op alle werksoorten in de AGGZ, echter exclusief IMP's en CAD's. De tabel is opgesteld op basis van gegevens van het NVAGG-registratiesysteem, de (vijf) Limburgse RIAGG's en gegevens van acht (instroom-) c.q. zeven (uitstroom-) Amsterdamse instellingen. De vermelde absolute aantallen hebben betrekking op circa 95 % van de bevolking.

Het verwijsproces

Is over de verwijspatronen een redelijke hoeveelheid materiaal voorhanden, vragen als wanneer wordt welk soort problematiek naar de GGZ verwezen en in hoeverre differentieert de eerstelijns bij een verwijzing tussen de diverse GGZ-voorzieningen, komen slechts in een enkel onderzoek aan de orde. Enkele globale gegevens: uit het eerder aangehaalde monitoring project blijkt dat de GGZ door huisartsen relatief veel wordt ingeschakeld bij depressies, 'overige' neurosen en ouder-kind-problemen, terwijl uit de Joint-registratie blijkt dat het AMW relatief veel (maar absoluut weinig) naar de GGZ verwijst bij relatieproblemen, verslaving en 'overige' psychische problematiek (Joint, 1983).

Over de vraag of en zo ja hoe huisartsen differentiëren bij hun ver-

wijzingen is onderzoek gedaan door Goosen, Muller en Nijhout (1981). Dit doctoraalonderzoek is gebaseerd op een enquête onder alle Amsterdamse huisartsen (respons 40%) en gesprekken met een tiental huisartsen en verwezen patiënten. De onderzoekers onderscheiden verwijzingen naar gesprekstherapeutische vormen van hulpverlening, medicamenteuze vormen en gemengde vormen. Deze drie categorieën zijn echter niet op inhoudelijke gronden geoperationaliseerd, maar naar het soort instelling: respectievelijk AGGZ en AMW, de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG en GD en een poliklinisch centrum en als laatste categorie (o.a.) de overige poliklinieken en vrijgevestigden.

Er wordt het volgende geconcludeerd: ernstige problematiek en een grote sociale afstand tussen patiënt en huisarts leiden tot relatief veel medicamenteuze verwijzingen. De intensiteit van samenwerking door huisartsen, hun leeftijd en hun ervaring, blijken hierbij geen rol van betekenis te spelen. Meer in het algemeen wordt op basis van de interviews geconcludeerd dat een huisarts in een vroeg stadium de geschiktheid voor gesprekstherapie inschat. Dit werkt als een 'self-fulfilling prophecy': ongeschiktheid betekent veelal een medicamenteuze behandeling; een dergelijke behandeling wordt zowel door de huisarts als door de patiënt als onbevredigend beoordeeld.

Een tweede doctoraalonderzoek dat hier van belang is, is verricht door Dronkers en Boerma (1979). Vanuit de vraagstelling 'welke knelpunten zijn er in het verwijsproces tussen huisartsen en GGZ?', zijn alle huisartsen en GGZ-instellingen in de stad Utrecht met een vragenlijst benaderd. Het onderzoek heeft een groot aantal gegevens opgeleverd, die een algemeen beeld geven van de wederzijdse beeldvorming rond het door huisartsen al dan niet verwijzen naar de GGZ en het AMW. Voor een deel zijn de gesignaleerde knelpunten echter gedaet: het probleem van een groot aantal GGZ-instellingen, die vaak hetzelfde pretenderen te doen of te kunnen doen, is inmiddels door de vorming van Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) (ten dele) achterhaald. Andere knelpunten, zoals onbekendheid met elkaars kunnen, gebrek aan informatie-uitwisseling en samenwerking, zijn daarentegen nog steeds actueel.

Ander onderzoek over het verwijsproces ontbreekt. We volstaan hier met enkele resultaten uit onderzoek waar dit thema zijdelings aan de orde komt. De dissertatie van Van Alphen (1982) over de functies en het functioneren van een psychiatrische afdeling van een algemeen-ziekenhuis (PAAZ) is voor een deel gewijd aan de verwijsmotivatie van huisartsen. Uit een regionaal onderzoek blijkt dat dat huisartsen over het algemeen tevreden zijn over de opvang en behandeling

van hun patiënten in de betreffende PAAZ. Wel hebben sommige huisartsen kritiek op het opnamebeleid, de toegankelijkheid (onduidelijke criteria, te hoge drempel) en het onvoldoende intercollegiale contact met de psychiaters en arts-assistenten.

Tevreden geluiden ook in het onderzoek van Mastboom, Berghmans, Van Zijl e.a. (1983), waarin huisartsen de behandeling door drie PAAZ'en meestal (resp. 75%, 83%, 94%) als zinvol beoordelen. De resultaten van beide onderzoeken hebben, wat ons thema betreft, een betrekkelijke waarde. Niet alleen de kleine aantallen GGZ-instellingen, maar ook het ontbreken van vergelijkingsmogelijkheden met andere typen GGZ-instellingen spelen hierbij een rol.

4. SAMENWERKEN

Hoe vaak, met wie, waarover

Hoe vaak er tussen eerstelijns hulpverleners en de GGZ wordt samengewerkt, welke personen/instellingen daarbij betrokken zijn en hoe de samenwerking is vormgegeven, is grotendeels nog onbekend. Op landelijk niveau zijn tot nu toe twee onderzoeken verricht die deels op deze vragen ingaan.

In het kader van het elders in deze bundel besproken onderzoek Samenwerken en Verwijzen (Wijkkel, 1983 en 1984; zie ook de bijdragen van Dopheide en van Wijkkel in deze bundel) is aan huisartsen die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werken gevraagd of ze vaste werkcontacten met GGZ-instellingen onderhouden en zo ja wat de aard van deze contacten is (zie tabel 5 en 6).

De meeste huisartsen blijken geen vaste werkcontacten met een GGZ-instelling te hebben. Hoewel dit aantal in 1983 ten opzichte van 1978 is afgenomen werkt ook in 1983 slechts één op de vier huisartsen regelmatig samen met een GGZ-instelling. Deze gegevens zijn enigszins vergelijkbaar met gegevens over gezondheidscentra en groepspraktijken, die over 1980 door Boerma (1981) verzameld zijn. Uit dit onderzoek bleek dat in respectievelijk 55 en 45 % één of meer vaste contacten met een GGZ-instelling bestonden: duidelijk hoger dan bij huisartsen die niet in een dergelijke praktijkvorm werken. Uit beide onderzoeken komt naar voren dat verreweg de meeste contacten een AGGZ-instelling betreffen (en daarbinnen vooral de SPD). Als er vaste contacten bestaan is dit meestal in de vorm van patiëntenoverleg: 36% van de contacten bij gezondheidscentra en 25%

bij de groepspraktijken meldden dit, terwijl 42% van de contacten bij andere praktijkvormen patiëntenoverleg betrof. Op basis van deze fragmentarische gegevens kan vastgesteld worden dat samenwerking tussen huisarts en GGZ nog allerminst algemeen is. Ook vanuit de positie van de (A)GGZ kan geconstateerd worden dat een groot deel van de externe service-verlening op andere dan eerstelijns hulpverleners is gericht (Booy en Schnabel, 1980; Brand, Brinxma en Hosman, 1982). Vergelijking met de eerder besproken verwijspatronen laat tevens zien dat het aantal vaste werkcontacten van huisartsen met niet onder de AGGZ vallende instellingen (poli's, zelfstandig gevestigden, intramurale GGZ) geen gelijke tred houdt met het aantal verwijzingen naar dergelijke instellingen.

Over het voorkomen van samenwerking tussen het AMW en de AGGZ meldt de Joint (op basis van registratiegegevens over 1983) dat in 7.3 % van de gevallen tijdens de hulpverlening met een (A)GGZ-instelling werd samengewerkt (Joint, 1985). Hoewel het Joint-registratiesysteem ook gegevens bevat over de vorm van samenwerking, zijn hierover geen resultaten beschikbaar. Ook door de Joint, maar nu in samenwerking

Tabel 5: vaste werkcontacten van huisartsen* met GGZ-instellingen in 1978 en 1983

	1978 (n=356)	1983 (n=447)
percentage huisartsen dat vaste werkcontacten onderhoudt met één of meer GGZ-instellingen	20%	24%
soort GGZ-instellingen waarmee vaste werkcontacten bestaan		
AGGZ	93%	88%
w.v. SPD**(exclusief in RIAGG-verband)	54%	44%
overige GGZ	7%	12%
w.v. zelfst.gevest. psychiater/psycholoog	4%	8%

* De getallen hebben alleen betrekking op huisartsen die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werken.

** Sociaal Psychiatrische Dienst

Bron: Onderzoeksmateriaal uit het NIVEL-onderzoek 'Samenwerken en verwijzen', Wijkkel, 1984.

Tabel 6: Aard van de werkcontacten van huisartsen* met een GGZ-instelling in 1978 en 1983

	1978/1983**
patiëntenoverleg	42%
organisatorisch overleg	1%
consultatie	9%
overig/niet gespecificeerd	48%
totaal aantal contacten	100%

* Alleen huisartsen die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werken.

** De proportionele verdeling van het soort contacten was in 1983 gelijk aan 1978.

Bron: Onderzoeksmateriaal uit het NIVEL-onderzoek 'Samenwerken en verwijzen', Wijkkel, 1984.

met de NVAGG, is in een viertal regio's door middel van een schriftelijke enquête onder 17 AMW-instellingen en vier RIAGG's onderzocht welke relaties tussen het AMW en de AGGZ bestaan (Joint, NVAGG, 1984).

Uit dit beperkte onderzoek bleek dat beide voorzieningen weinig contacten onderhouden. Relatief komt verwijsoverleg nog het meest voor. Door de keuze van de regio's (allen zijn geselecteerd op basis van de voorkennis dat er contacten tussen AMW en AGGZ waren), hebben deze uitkomsten een beperkte waarde. Bovendien is de conclusie 'weinig contacten' moeilijk te rijmen met het gehanteerde selectie criterium.

Al met al kan gesteld worden dat een duidelijk beeld van de samenwerking ontbreekt: noch over de deelnemers, noch over de aard en de organisatie van de samenwerking zijn voldoende gegevens voorhanden.

Beschrijving en evaluatie van samenwerking

Beschrijvend onderzoek is in de regio 'Het land van Heusden en Altena' uitgevoerd door Van Hout en Terra (1983). In dit andragogisch doctoraalonderzoek wordt de bestaande samenwerking, de knelpunten en de wensen bij acht home-teams en een sociaal café geïnventariseerd. AGGZ-medewerkers participeren in vijf van de acht home-teams. Ervaringen met een crisisbed-experiment in 's-Hertogenbosch worden door

Van Hezewijk (1984) en Freriks, Van Hezewijk en Sloot (1985) beschreven. Op basis van een klein exploratief onderzoek met behulp van vragenlijsten werd vastgesteld dat deze ambulante 24-uursbeschikbaarheidsdienst, die alleen via huisartsen toegankelijk is, redelijk positief door de huisartsen wordt ontvangen.

Naast deze - op algemene en functie-specifieke samenwerking gerichte - onderzoeken zijn er talrijke publicaties rond bepaalde bij samenwerking toegepaste methoden verschenen. Qua aantal, maar ook wat betreft de uitwerking, loopt de door Caplan geïntroduceerde 'mental health consultation' hierbij voorop. Omdat het veelal 'methode-technische' karakter van deze publicaties buiten de op structuur en organisatie gerichte invalshoek van deze bundel valt, volstaan we hier met een tweetal publicaties. Voor een bibliografie over dit onderwerp verwijzen we naar Schrijver (1980).

In de dissertatie van Gersons (1977) wordt uitgebreid ingegaan op de theoretische grondslagen van mental health consultation, de verschillende soorten consultatie en het consultatieproces. Daarnaast wordt verslag gedaan van een beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van een consultatieproject (Postjeskadebuurt), waarin vanuit de afdeling Geestelijke Hygiëne van de GG & GD te Amsterdam zowel individuele als groepsconsultatie aan huisartsen en andere eerstelijns-werkers werd gegeven. Ervaringen met consultatie vanuit de consultatie-vrager (een gezondheidscentrum) gezien, worden door Receveur (1980) beschreven.

Publicaties over samenwerking tussen eerstelijns-hulpverleners en de GGZ hebben meestal het karakter van een berichtgeving of - zoals hiervoor besproken - van een beschrijvend onderzoek. Evaluatie van samenwerking in de zin van het toetsen van samenwerkingsdoelen staat centraal in twee onderzoeksprojecten. Bensing e.a. (1979-1980) onderzochten de effecten van een consultatie-experiment op het handelen van een groep huisartsen. In het onderzoek is nagegaan welke invloed consultatie door een team van de polikliniek van een psychiatrisch ziekenhuis had op het onderkennen van psychosociale problemen, het verwijzen, het voorschrijven van medicijnen en het gespreksgedrag van huisartsen. Met uitzondering van het laatste aspect - de artsen stelden zich in gesprekken met patiënten actiever op, gaven de patiënten meer ruimte en lieten ook de uiteindelijke beslissing over de therapie meer aan hen over - bleek het experiment niet te leiden tot de verwachte veranderingen in de verhouding huisarts-GGZ. Ook uit onderzoek van Sanavro (1982) blijkt dat samenwerking (in dit geval tussen huisartsen en een psychotherapeutisch team) maar een beperkte invloed op het gedrag van huisartsen heeft:

de winst bleek hier te liggen in een vermindering van een gevoel van machteloosheid van huisartsen ten aanzien van probleempatiënten. Tenslotte dient in dit verband een nog niet afgerond onderzoek van het NcGv naar de effecten van een nieuwe intake-organisatie en werkwijze van een RIAGG vermeld te worden (zie ook Breemer ter Stege e.a., 1983). In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre deze veranderingen, waarin o.a. de verwijzer (huisarts) rechtstreeks naar een afdeling van het RIAGG kan verwijzen, de samenwerking tussen RIAGG en huisarts ten goede komt.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Het voorafgaande overziende kunnen we niet anders dan tot de slotsom komen dat de relatie eerstelijng-GGZ een onontgonnen onderzoeksterrein is. Nu is deze constatering op zich nog geen aanleiding om (meer) onderzoek op dit gebied te propageren. Dat we dit wel nodig vinden heeft te maken met twee dingen: met de door de overheid voorgestane versterking van de eerstelijng, i.c. een overheveling van taken van RIAGG's naar de eerstelijng en met de knelpunten tussen beide sectoren (zie o.a. het vooronderzoek 'Psychologie en de eerstelijngsgezondheidszorg', Smits, Hosman en Van Kesten, 1984).

Voor zover er wel onderzoek verricht is, valt op dat het onderwerp 'relatie eerste lijng-GGZ' meestal een klein onderdeel vormt van een studie rond een ruimer thema. Daarnaast bevatten de meeste studies alleen beschrijvend materiaal, dat door onlangs doorgevoerde veranderingen in de GGZ (RIAGG-vorming) een beperkte waarde heeft voor actuele en voor het te voeren beleid relevante vragen naar de geestelijke eerstelijngshulpverlening op het gebied van de GGZ, de potentiële hulpverlening in dit echelon, en naar de juiste organisatorische vormgeving van samenwerking tussen eerste lijng en GGZ.

Onderzoek naar de relatie tussen eerste lijng en GGZ vanuit de invalshoek 'structuur en organisatie' wordt ernstig bemoeilijkt door een gebrek aan fundamentele kennis c.q. overeenstemming over de vraag wanneer er sprake is van een psychosociaal probleem. Men mag aannemen dat in de praktijk door verschillende instellingen op hulpverleners verschillende opvattingen worden gehanteerd. Daarnaast, en dit is een duidelijk verschilpunt met de relatie eerstelijng-somatische tweedelijng, is het geringe aantal patiënten dat door de eerste lijng naar de GGZ verwezen wordt een argument dat om zich bij

toekomstig onderzoek eerder te richten op de grote groep niet-verwezen patiënten met psychosociale problematiek (en de mogelijke ondersteunende rol van de GGZ hierbij) dan louter op de groep wel-verwezen patiënten.

Bij toekomstig onderzoek kan onder andere gedacht worden aan de volgende thema's:

- Verschillen en overeenkomsten tussen huisarts, AMW en de diverse extramurale GGZ-voorzieningen (RIAGG's, psychiatrische poliklinieken, zelfstandig gevestigde psychiaters) bij de taakuitoefening en taakopvatting.
- Vergelijkend onderzoek naar de effecten van diverse samenwerkingsmodellen tussen eerstelijns (vooralsnog beperkt tot huisarts en AMW) en de GGZ (inclusief een eventuele eerstelijnspsycholoog) op de onderkenning, de diagnosestelling, de behandeling en de nazorg van psychosociale problemen door de eerstelijns.
- De effecten van samenwerking tussen huisarts en AMW op de omgang met psychosociale problemen en het beroep dat op gespecialiseerde GGZ-voorzieningen gedaan wordt.

LITERATUUR*

* Over het thema relatie eerstelijns-GGZ is in mei 1985 een bibliografie verschenen. L. Peters, Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL, 1985.

ALPHEN, P.J.M. VAN - 1982. Functies en functioneren van een PAAZ. Echt, Valkenburg Offset

BENSING, J.M., H. SCHUT, en P. VERHAAK - 1979-1980. Konsultatieproject Eindhoven. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I. Eindevaluatie, Deel II. Een procesbeschrijving

BENSING, J.M. - 1982. Van '(A)bortus tot (Z)wangerschap': wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijns: tien jaar registratiesysteem Nederlands Huisartsen Instituut. Medisch Contact, 37, no. 29, 859-866

- BLOEMSMAS, F. - 1977. Huisarts, cliënt en crisiscentrum: kort verslag verslag van een oriënterend onderzoek bij het crisiscentrum te Groningen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 32, no. 5, 289-296
- BOERMA, W.G.W. - 1981. Contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweedelij. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Studies naar samenwerking 1
- BOUY, F. en P. SCHNABEL - 1980. Externe service-verlening door deAGGZ aan de eerstelij: een jaarverslagenonderzoek. Utrecht, Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid
- BRAND, J., J. BRINXMA en C. HOSMAN - 1982. AGGZ-preventie in Nederland: een inventariserend onderzoek naar preventie-activiteiten en hun achtergronden vanuit de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Vakgroep Klinische Psychologie
- BREEMER TER STEGE, C. - 1983. Knelpunten bij het verwijzen naar de AGGZ. Een recept voor onderzoek. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 38, no. 4, 396-406
- DRONKERS, J. en W.G.W. BOERMA. - 1979. Psychosociale hulpverlening in de eerste- en tweedelij. Een onderzoek naar de hulpverlening van Utrechtse huisartsen bij psychosociale problemen en factoren die een rol spelen bij het verwijzen naar instellingen voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, Rijksuniversiteit
- FRERIKS, G.E.M., W.J.M. VAN HEZEWIJK en L.M. SLOOT. - 1985. Ambulante crisisinterventie. Medisch Contact 40, no. 12, 353-356
- GERSONS, B.P.R. - 1977. De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Alphen aan de Rijn, Samsom
- GHIGV (Geneeskundige Hoofdingspectie van de Geestelijke Volksgezondheid), NZR (Nationale Ziekenhuisraad) - 1978 en diverse andere jaren. Gegevens uit Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg. Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- GIEL, R. - 1972. Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 15, no. 6, 203-209
- GOLDBERG, D. en P. HUXLEY - 1980. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London, Tavistock.
- GOOSEN, D., P. MULLER en F. NIJHOUT - 1981. Pillen of praten: een onderzoek naar het verwijzen van patiënten met psychische problemen door Amsterdamse huisartsen. Amsterdam, Vrije Universiteit, Huisartsen Instituut

- HEZEWIJK, W.J.M. VAN - 1984. Ambulante crisisinterventie: een jaar crisisbed-experiment, 's-Hertogenbosch. Medisch Contact, 39, no. 37, 1180-1182
- HOUT, A. VAN en R. TERRA - 1983. Samenwerken in het land van Heusden en Altena: een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de geestelijke gezondheid in de eerste lijn. Nijmegen, Katholieke Universiteit
- JOINT - 1983. Registratiegegevens 1982: gegevens van 81 instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. 's-Hertogenbosch
- JOINT - 1985. Cliënten registratiegegevens AMW 1984: Gegevens van 87 instellingen. 's-Hertogenbosch
- JOINT, NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) - 1984. Resultaten inventarisatie-enquête-RIAGG's-AMW. 's-Hertogenbosch
- JONG, A. DE, R. GIEL, G.H.M.M. TEN HORN, C.J. STOOFF en D. WIERSMA - 1983. Nazorg bij functionele, niet-affectieve psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de GGZ. Tijdschrift voor psychiatrie, 25, no. 6, 422-439
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN - 1982a. Psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk: I. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoring-project. Huisarts & Wetenschap, 25, no. 9, 333-342
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN - 1982b. Psychische en sociale problemen in huisartsenpraktijk: II. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 10, 376-388
- MASTBOOM, J., R. BERGHMANS, P. VAN ZIJL, L. PETERS en R. MAZIJK - 1983. PAAZ in de pas: organisatie, hulpverlening, patiënten en behandelingskosten van de PAAZ-Overvecht te Utrecht, beschreven en vergeleken met drie andere psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en). Utrecht, Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- NcGv - 1982. Zorg in cijfers (1980). F. de Haen. NcGv-reeks no. 40. Utrecht
- NVAGG - 1985. Statistisch Zakboekje '79-'82. Utrecht
- ORMEL, J. en R. GIEL - 1983. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor Psychiatrie, 25, no. 10, 688-710

- ORMEL, J. en R. GIEL - 1983. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor Psychiatrie, 25, no. 10, 688-710.
- PETERS, L. - 1984a. De relatie tussen de eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg: over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 39, no. 1, 33-46
- PETERS, L. - 1984b. Relatie eerstelijnszorg-geestelijke gezondheidszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel 2
- RECEVEUR, A.F.M.H. - 1980. Konsultatie in het gezondheidscentrum Withuis. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 35, no. 10, 888-897
- SANAVRO, F.L. - 1982. Probleempatiënten in de huisartsenpraktijk: oordelen van de artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- SCHRIJVER, A.M. - 1980. Bibliografie konsultatie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 35, no. 10, 915-919
- SMITS, A., C. HOSMAN en M. VAN KESTEN - 1984. Psychologie en eerstelijnszorg: een onderzoek naar samenwerking tussen eerstelijnszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- TERSTEGGE, M. - 1982. Huisarts en relatieproblemen: gesprekken met huisartsen over eerstelijns hulpverlening bij relatieproblemen. Zeist, Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek
- WIJKEL, D. - 1983 en 1984. Samenwerken en verwijzen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I. Praktijkvorm en productiecijfers. Deel II. Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken

13 Consumenten in de eerstelijnsgezondheidszorg

N.E. Warmenhoven

1. INLEIDING	467
2. PATIËNTENRECHTEN	469
3. PATIËNTENVOORLICHTING	471
4. PATIËNTENORGANISATIES	475
4.1 Algemene patiëntenverenigingen	475
4.2 Categoriale patiëntenverenigingen	477
4.3 Zelfhulpgroepen	479
4.4 Samenwerking van patiëntengroepen met de professionale hulpverlening	481
5. PATIËNTENPARTICIPATIE	482
5.1 Patiëntenparticipatie in hulpverleningsinstellingen	483
5.2 Patiëntenparticipatie en de WVG	484
6. ZELFZORG EN MANTELZORG	485
7. TEVREDENHEID VAN PATIËNTEN	488
7.1 Meetinstrumenten voor satisfactie-onderzoek	488
7.2 Resultaten van satisfactie-onderzoek	490
8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	492
LITERATUUR	494

1. INLEIDING

Het feit dat in deze overzichtsstudie vooral de periode 1979-1984 bestreken wordt, vormt voor het onderwerp van dit hoofdstuk - de gebruiker in de eerstelijnsgezondheidszorg - nauwelijks een beperking. Immers, pas het laatste decennium is er belangstelling voor gebruikers als aparte categorie in de gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek op dat gebied begint eigenlijk pas aan het einde van de jaren zeventig enige omvang te krijgen (Buma, 1981; Boot en Knapen, 1983; Becht-Melai en Bensing, 1983).

De juistheid van de term 'gebruiker' (of consument) in dit verband staat overigens ter discussie. Sommigen vergelijken de patiënt in de gezondheidszorg met de consument in een winkel, met dezelfde mogelijkheden om bewust een keuze te maken tussen verschillende alternatieven, en voor zijn/haar belangen op te komen.

Anderen (onder meer Groffen en Aukes, 1979) vinden dat de term 'consument' versluiserend werkt. Volgens hen zijn er weliswaar overeenkomsten tussen de aanschaf van een auto en het gebruik van bepaalde medische voorzieningen, maar ook belangrijke verschillen. Zo kopen mensen verbruiksgoederen in het algemeen ter verruiming van hun bestaansmogelijkheden, terwijl zij medische diensten zoeken omdat die bestaansmogelijkheden dreigen te worden beperkt. Ook maakt de gebruiker van de gezondheidszorg doorgaans niet zelf de keuze uit de alternatieven.

Zonder aan deze overwegingen afbreuk te willen doen zullen wij in dit hoofdstuk de begrippen 'consument', 'gebruiker' en 'patiënt' min of meer willekeurig naast elkaar gebruiken.

De reeds geconstateerde toegenomen aandacht voor de patiënt heeft te maken met verschillende - onderling ook weer samenhangende - factoren:

1. de opkomst van de patiëntenbeweging en het streven naar meer inspraak(mogelijkheden) voor de patiënt;
2. het groeiende besef dat patiënten in een afhankelijke positie verkeren ten opzichte van hulpverleners in de gezondheidszorg, juist omdat zij ziek (of althans minder gezond) zijn;
3. in tegenstelling daarmee is de positie van de patiënt veel minder goed wettelijk beschermd dan die van bijvoorbeeld de werknemer of de huurder (Dekkers, 1979; Min. van VOMIL, 1981);

4. uit onderzoek is gebleken dat de relatie tussen hulpverlener en patiënt van groot belang is voor het hulpverleningsproces (onder meer Talkington, 1978; Becker en Maiman, 1980; Marquis, Davies en Ware, 1983). Daarmee is het ook van belang meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de patiënt de gang van zaken ervaart;
5. de overheid streeft er naar het accent binnen de gezondheidszorg te verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de niet-professionele (zelf- en mantel-)zorg. Daartoe dient te worden nagegaan hoe patiënten hier tegenover staan en in hoeverre men bereid en in staat is zelf meer verantwoordelijkheid te dragen.

Geschetste ontwikkelingen zijn terug te vinden in de verschillende onderwerpen, waarop patiëntenonderzoek betrekking heeft. Studies over **patiëntenrecht** en een aantal studies over **patiëntenvoorlichting** gaan in op de wettelijke positie van de patiënt (hoofdstuk 2 en 3). Dan is er onderzoek dat zich richt op patiënteninitiatieven zoals **patiëntenorganisaties** en **patiëntenparticipatie** (hoofdstuk 4 en 5). Genoemde vier onderwerpen zijn tevens de vier concrete terreinen waarop het Ministerie van WVC zich richt binnen het patiëntenbeleid. Onderzoek naar **zelfzorg** en **mantelzorg** speelt in op het genoemde streven van de overheid naar verschuiving van de zorg (hoofdstuk 6). Het toegenomen belang dat wordt toegekend aan het oordeel van de patiënt komt tot uitdrukking in onderzoek naar **tevredenheid van patiënten** ten aanzien van een aantal aspecten van de gezondheidszorg (hoofdstuk 7).

Voor zover het onderzoek naar de patiënt in de eerstelijnsgezondheidszorg gericht is op een specifieke sector van de hulpverlening is dat met name de huisartsgeneeskunde. Hiervoor zijn twee verklaringen aan te wijzen.

Ten eerste is er ten aanzien van deze discipline een veel langere onderzoekstraditie dan ten aanzien van de andere beroepen in de eerste lijn. Onderzoek over het werk van tandarts, apotheker, wijkverpleegkundige en fysiotherapeut komt nog maar net aarzelend op gang. Onderzoek naar de patiënt in zijn contacten met deze hulpverleners is nog zeldzaam.

Een tweede reden is, dat de huisarts zo'n belangrijke positie in de gezondheidszorg inneemt. Als 'poortwachter' voor een aantal andere voorzieningen beslist hij of patiënten daartoe al dan niet zullen worden toegelaten. De meeste patiënten hebben mede daardoor vooral

met hem te maken; velen zullen zelden of nooit in aanraking komen met fysiotherapeut, verloskundige of wijkverpleegkundige. De contacten met apotheker en tandarts zijn duidelijk anders van karakter dan het continue en vaak meer veelzijdige contact met de huisarts.

2. PATIENTENRECHTEN

Inleiding

Zoals in de algemene inleiding tot dit hoofdstuk al werd opgemerkt, is de gebruiker van gezondheidszorgvoorzieningen minder wettelijk beschermd dan andere groepen in de samenleving in een vergelijkbare positie. Dat wil niet zeggen dat wetgeving op dit gebied geheel zou ontbreken. De overeenkomst tussen arts en patiënt valt onder het verbintenissenrecht en bepaalde artikelen uit de Grondwet en uit het Burgerlijk Wetboek zijn mede op de patiënt van toepassing¹. Daarnaast hebben de Verenigde Naties en de Raad van Europa internationale documenten betreffende de mensenrechten opgesteld (Beumer, 1981). Andere aspecten van het patiëntenrecht liggen besloten in de wetgeving ten aanzien van de structuur van de gezondheidszorg: kwaliteitseisen, prijsbeheersing, participatieregelingen, opleidingseisen enzovoorts.

In de Nota Patiëntenbeleid (1981) stelt de landelijke overheid zich onder andere tot doel een goede rechtspositie van de patiënt te ontwikkelen. Zij heeft advies gevraagd aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die daartoe een 'Commissie rechten van de patiënt' heeft ingesteld (Commissie Leenen).

Deze commissie bracht vijf deeladviezen uit, namelijk:

- het deeladvies inzake de juridische relatie tussen patiënt en arts, het recht van de patiënt op informatie en het toestemmingsvereiste (augustus 1980);
- het deeladvies inzake de bescherming van de privacy van patiënten (december 1981);
- het deeladvies inzake medische experimenten met mensen (maart 1982);
- het deeladvies inzake de bemiddeling bij klachten van patiënten (augustus 1982);
- het deeladvies inzake de kernbepalingen voor de regeling van de relatie tussen patiënt en arts (november 1982).

In de Voortgangsnota Patiëntenbeleid (1983) zet de Staatssecretaris van Volksgezondheid zijn standpunt ten aanzien van genoemde adviezen uiteen. De uitgangspunten van de Centrale Raad worden in grote lijnen onderschreven.

Inmiddels ligt er op het Ministerie een voorstel tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek, waarmee zaken als het toestemmingsvereiste, het recht op privacy, het recht op informatie en het recht op inzage wettelijk worden geregeld. Een aantal andere aspecten van het patiëntenrecht zullen niet expliciet wettelijk worden vastgelegd, maar geregeld worden door middel van standaardovereenkomsten tussen patiënten en hulpverleners. Over deze standaardovereenkomsten vindt overleg plaats tussen organisaties van beroepsbeoefenaren enerzijds en patiënten/consumentenorganisaties anderzijds.

Onderzoek naar patiëntenrechten

Gezien het stadium, waarin de ontwikkeling van patiëntenrechten zich bevindt, is het niet verwonderlijk dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar opvattingen over en ervaringen met patiëntenrechten.

Wèl zijn een aantal studies verschenen waarin wordt aangegeven hoe wettelijke regelingen op dit gebied eruit zouden kunnen zien. Zij zijn gebaseerd op bestaande regelingen en gerechtelijke uitspraken, literatuur en/of algemeen aanvaarde maatschappelijke normen. In dit verband zijn al genoemd de studies van Dekkers (1979, 1981), Beumer (1981) en de Adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1980 tot en met 1982). Onlangs verscheen de dissertatie van Wijs-hoff-Vogelzang (1985), waarin de rechtsverhouding arts-patiënt binnen het verbintenisrecht belicht wordt. In het proefschrift wordt de rechtspositie van de patiënt in een groot aantal onderscheiden situaties uitgewerkt.

Door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) werd in mei 1985 een project afgerond naar opvattingen van huisartsen en patiënten over verschillende aspecten van het patiëntenrecht (Warmenhoven, 1985). Hiertoe werden 375 huisartsen en ongeveer 1.000 willekeurige 'patiënten' schriftelijk geënquêteerd. Enkele conclusies van het onderzoek zijn:

- de 'rechten van de patiënt', zoals die in de adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zijn geformuleerd en die voor een deel wettelijk zullen worden vastgelegd, worden nog lang niet algemeen toegepast;
- de groep artsen die bepaalde rechten principieel afwijst is niet erg groot, maar veel artsen maken nogal wat voorbehoud ten aanzien

- van bijvoorbeeld het verstrekken van inzage of het geven van informatie over bepaalde onderwerpen;
- patiënten maken hun belangstelling voor inzage, informatie en dergelijke lang niet altijd openlijk kenbaar.

Aan de Rijksuniversiteit Limburg (Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht) is men bezig met een onderzoek met als doel, de meest geschikte juridische vormgeving aan te geven ten aanzien van de onderscheiden onderdelen van de rechtspositie van de gebruiker van gezondheidszorgvoorzieningen (project 'Rechtspositie gebruikers in de gezondheidszorg'). Binnen het onderzoek zal gebruik worden gemaakt van jurisprudentie op het betreffende terrein, nationale en internationale literatuur en opvattingen van de meest betrokken organisaties via mondelinge interviews.

Ten behoeve van de praktijk zullen modellen worden ontwikkeld die kunnen worden gehanteerd bij de concrete invulling van de te kiezen vormgeving. Om te voorkomen dat modellen tot stand komen die praktisch moeilijk uitvoerbaar zijn, zullen mondelinge en schriftelijke interviews met vertegenwoordigers van ziekenhuizen worden gehouden.

3. PATIËNTENVOORLICHTING

Inleiding

Het onderwerp patiëntenvoorlichting is nauw verweven met een aantal onderwerpen binnen dit hoofdstuk. Goede voorlichting aan patiënten is zonder meer een voorwaarde voor het bevorderen van zelf- en mantelzorg en bepaalde rechten van de patiënt (zoals het toestemmingsvereiste) hebben geen enkele betekenis wanneer zij niet gepaard gaan met systematische voorlichting.

Dat patiënten zelf veel waarde hechten aan informatie die zij krijgen - of juist niet krijgen - blijkt wel uit het feit, dat bij tevredenheidsonderzoek juist de verkregen informatie, als aspect van de zorg, nogal eens kritiek van patiënten oogst (Visser, 1984).

Voorlichting aan patiënten stond al in de belangstelling vóór er veel sprake was van bezorgdheid over de positie van de patiënt. Vooral in Engeland en Amerika is veel onderzoek gedaan naar het effect van voorlichting op de 'therapietrouw' (compliance) van de patiënt.

Alhoewel het hier om voorlichting gaat met een duidelijk beperkte doelstelling heeft dergelijk onderzoek wel resultaten opgeleverd die bruikbaar zijn voor andere vormen van patiëntenvoorlichting. Zo blijkt dat voorlichting effectiever is naarmate deze meer aansluit bij de eigen visie van de patiënt (Talkington, 1978) en naarmate deze laatste de gegeven adviezen zinvoller vindt (Ferguson en Bole, 1979).

Het meeste onderzoek naar patiëntenvoorlichting, zeker in Nederland, richt zich op de vraag, hoe hulpverleners in de praktijk met voorlichting omgaan en - soms - hoe patiënten dat ervaren.

Er is nog heel weinig gedaan aan modelontwikkeling ter beantwoording van de vraag, hoe, wanneer, door wie en met welke inhoud voorlichting moet worden gegeven die in de praktijk haalbaar en voor de patiënt zinvol is. De overheid streeft er naar de ontwikkeling van dergelijke modellen te bevorderen. Het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO heeft hierin een taak gekregen.

Onderzoek naar patiëntenvoorlichting

Het GVO-samenwerkingsverband Sassenheim werkte in 1979 samen met huisartsen en apothekers in het zogenaamde 'Tranquillizer-project'. Informatie door huisartsen en apothekers aan patiënten over kalmerende middelen bleek te leiden tot een duidelijke afname in het gebruik van deze middelen, zoals geregistreerd door de apotheken (GVO, 1979). Het effect was na een jaar nog waarneembaar.

In het kader van het 'Monitoringproject' ging Lamberts (1981) onder meer na hoe vaak, bij welke problemen en bij welke patiënten de huisarts patiëntenvoorlichting geeft. Hiertoe werd bij 12 huisartsen tijdens 60.445 contacten steeds genoteerd of er sprake was van voorlichting (in de zin van 'expliciet en omschreven' advies of voorlichting over het probleem waarmee de patiënt kwam). Dit bleek bij 13% van alle problemen te gebeuren. Lamberts constateert, dat patiëntenvoorlichting een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde vormt, maar ook dat de vraag levensgroot aanwezig blijft "bij welke problemen, op grond van welke overwegingen, bij welke patiënten op welke wijze patiëntenvoorlichting en advies door de huisarts het meest is aangewezen". Hij doet een beroep op de GVO-wereld om zich over die vraag te buigen.

Het (voormalige) Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) deed in 1981-1982 inventariserend onderzoek naar patiëntenvoorlichting door de huisarts (Spronk en Warmenhoven, 1982). Uit interviews met 52

huisartsen bleek, dat veel huisartsen voorlichting vooral van belang vinden voor het verstrekken van medisch noodzakelijke informatie. Andere genoemde motieven om uitleg te geven zijn het stellen van vragen door patiënten en het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Het recht van de patiënt op informatie speelt slechts bij een kleine groep artsen een rol.

Als redenen om géén informatie of voorlichting te verstrekken worden veel genoemd, dat men ongerustheid bij de patiënt wil vermijden en dat men liever niet teveel informatie geeft bij onzekerheid ten aanzien van de diagnose, behandeling enzovoorts.

Deze bevindingen worden bevestigd in een onderzoek onder leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen (Warmenhoven, 1984; zie ook hoofdstuk 6) waarin onder meer gevraagd werd in hoeverre men de voorlichting van de huisarts over verschillende onderwerpen voldoende achtte. De voorlichting over 'risico's van de behandeling', 'andere mogelijkheden voor behandeling' en 'bijwerkingen van medicijnen' kwam er daarbij veel minder goed af dan bijvoorbeeld voorlichting over de aard van de ziekte.

De Stichting O&O (Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg) is dit jaar begonnen aan een exemplarisch praktijkonderzoek 'Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk' met als doel een handelingsrepertoire te ontwikkelen voor patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk, dat rekening houdt met de visie van de patiënt en de mogelijkheden van de huisarts. Het project zal drie jaar duren.

In 1980-1981 deed GVO-Utrecht onderzoek naar patiëntenvoorlichting in het Wijkgezondheidscentrum Lunetten (Boerbooms, 1981). Hiertoe registreerden de medewerkers van het centrum (twee huisartsen, tandarts plus assistente, apotheker plus twee assistenten, twee fysiotherapeuten, praktijkassistente en wijkverpleegster) op tien opeenvolgende dagen, per contact, wat zij aan voorlichting gaven en welke problemen zij daarbij ondervonden. De resultaten zijn niet alleen vastgelegd in het rapport, maar dienden ook als basis voor allerlei activiteiten om de voorlichting te verbeteren.

Ofschoon het hier een kleinschalig en niet-representatief onderzoek betreft (de hulpverleners waren zeer gemotiveerd en werkzaam in een gezondheidscentrum) lijkt het, gezien de schaarste aan dit soort gegevens, zinvol om een greep te doen uit de resultaten:

- de apothekersassistenten (200 geregistreerde contacten) informeerden 7 van de 10 patiënten "waarvoor het medicijn dient"; 2 van de 5 mensen omtrent de bijwerkingen; 1 van de 6 mensen over de interactie met voeding en alcohol en 1 op de 11 mensen over de houdbaarheid van medicijnen;
- de fysiotherapeuten (200 geregistreerde contacten) vonden het met name moeilijk om patiënten te wijzen op mogelijke verbanden tussen psycho-sociale spanningen en de klachten die de patiënt heeft;
- de huisartsen (216 geregistreerde contacten) informeerden 1 op de 3 patiënten over het onderzoek dat ze verrichtten. Zelf vonden ze dat te weinig. Ook de huisartsen vonden het moeilijk om patiënten inzicht te geven in de relatie met psycho-sociale klachten;
- de tandarts en zijn assistente (258 geregistreerde contacten) gaven één op de vier patiënten voorlichting, meestal over de toestand van het gebit, de kosten van de behandeling en/of wat er gebeurt tijdens de behandeling.

Patiëntenvoorlichting door de tandarts vormt ook het onderwerp van het proefschrift van Eijkman (1979). Naast een uitgebreide literatuurstudie verrichtte hij onderzoek onder 128 gezinnen met één of meer kinderen tussen 4 en 6 jaar. De gebitstoestand van de kinderen werd onderzocht en de moeders werden geïnterviewd over hun kennis, houding en gedrag op tandheelkundig gebied. Verder werd hun een aantal vragen gesteld over de houding en het gedrag van de gezinstandarts en de voorlichting die hij geeft. Uit het onderzoek bleek onder meer, dat ouders die zeggen dat hun tandarts veel voorlichting geeft, kinderen hebben met relatief weinig plaque en dat zij hun kinderen meer fluoride laten gebruiken.

Jansen (1979) legde de resultaten van 10 maanden patiëntenvoorlichting in een medicijnwinkel in Amsterdam vast. In die periode bezochten 283 mensen het twee-wekelijkse 'spreekuur', waar door farmaciestudenten voorlichting over medicijnen werd verstrekt. Enkele conclusies: van de 466 vragen over medicijnen ging de helft over bijwerkingen. Vooral over psychofarmaca en hart- en vaatmiddelen werden veel vragen gesteld. Bijna 70% van de mensen die de medicijnwinkel bezochten, had géén bijsluiters bij de afgeleverde medicijnen ontvangen. Van de klanten had 70% hun vragen reeds aan één of meerdere hulpverleners (huisarts, apotheker) voorgelegd. Naar hun gevoel waren hun vragen echter genegeerd of was een onvolledig antwoord gegeven.

4. PATIENTENORGANISATIES

Inleiding

Het blijkt niet zo eenvoudig om tot een algemeen geldende indeling en definiëring van de verschillende vormen van patiëntenorganisaties te komen. Gedeeltelijk wordt dit veroorzaakt doordat de organisaties vaak meerdere doelstellingen en taken hebben; een vereniging die oorspronkelijk vooral belangenbehartiging van haar leden tot doel had kan bijvoorbeeld in de loop van de tijd veel aan bevordering van zelfhulp gaan doen.

In dit hoofdstuk wordt een vrij grove indeling gehanteerd:

- **algemene patiëntenorganisaties**, met als voornaamste doel behartiging van de belangen van 'de patiënt' in het algemeen, bijvoorbeeld door klachtbehandeling;
- **categoriale patiëntenverenigingen**, verenigingen van patiënten met een bepaalde ziekte of handicap;
- **zelfhulpgroepen**, groepen van mensen met eenzelfde probleem, die samen aan de oplossing of verwerking daarvan werken.

In andere indelingen worden nog apart genoemd: thematische organisaties, gehandicaptenorganisaties en ouderverenigingen (Min. van VOMIL, 1981; Geelen, Lafaille en Tilborghs, 1981).

Ten aanzien van patiëntenorganisaties is tot nu toe vooral inventariserend onderzoek gedaan: hoeveel patiëntenorganisaties zijn er, wat is hun doelstelling, wat is hun werkwijze, op welke manier zijn zij in te delen? Op dit gebied zijn vooral actief geweest Werkgroep 2000 (Amersfoort) en de Projektgroep Zelfhulp Tilburg (samenwerking van IVA, IVG en KHT²).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het functioneren en de effecten van patiëntengroepen. Slechts een paar specifieke groepen zijn wat dit betreft geëvalueerd (paragrafen 4.2 en 4.3).

4.1. Algemene patiëntenverenigingen

Er zijn landelijke, regionale en plaatselijke algemene patiëntenverenigingen. Het Ministerie van WVC noemt in de Voortgangsnota Patiëntenbeleid (augustus 1983) drie landelijke verenigingen en negentig plaatselijke; W2000 telt eind 1982 over de honderd plaatselijke verenigingen.

Zowel de Werkgroep 2000 als de Projektgroep Zelfhulp Tilburg hebben onderzoek gedaan naar doelstellingen en activiteiten van algemene patiëntenverenigingen (W2000, 1982; Geelen e.a., 1981). Daarbij kwamen ook aan de orde de betekenis van de initiatieven voor de eigen verantwoordelijkheid, de samenwerking met professionele hulpverleners en knelpunten in het functioneren.

W2000 verzamelt dergelijke gegevens continu als onderdeel van haar serviceverlenende activiteiten; de Projektgroep Zelfhulp heeft in 1981 zoveel mogelijk 'initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg' (dus ook niet-algemene patiëntengroepen) geïnterviewd en schriftelijk of mondeling geïnterviewd.

Uit beide onderzoeken blijkt een grote diversiteit aan organisatievormen van algemene patiëntenverenigingen. Veel hebben geen formeel juridische rechtsvorm; indien dat wel het geval is, is het meestal een vereniging. Ook de wijzen waarop de groepen zijn ontstaan lopen uiteen; sommige groepen zijn aangesloten bij een huisartspraktijk of gezondheidscentrum, anderen zijn opgezet door een aantal wijkbewoners uit onvrede over de aanwezige voorzieningen. Weer andere groepen zijn wat groter (tot enkele honderden leden) en ontplooiën expliciete activiteiten ter behartiging van patiëntenbelangen.

De doelstellingen van algemene patiëntenverenigingen blijken vooral neer te komen op patiëntenbelangenbehartiging, verbetering van de positie van de (potentiële) patiënt, en mentaliteitsverandering in de richting van vergroting van de eigen verantwoordelijkheid.

De activiteiten die worden ondernomen om deze doelstellingen te bereiken zijn vooral voorlichting, belangenbehartiging, gezondheidsbevordering en onderlinge hulpverlening.

Knelpunten die algemene patiëntenverenigingen ervaren zijn:

- de zogenaamde achterbanproblematiek: moeilijkheden met het werven en activeren van leden en, daarmee samenhangend, de representativiteit. Het laatste is vooral van belang als het de bedoeling is om te fungeren als vertolker van de behoeftes van de bevolking;
- financiering: veel groepen zitten met financiële problemen. De bedragen waar het om gaat zijn vaak vrij klein, maar kunnen toch tot gevolg hebben dat men niet aan bepaalde activiteiten toekomt, zoals voorlichting en publiciteit, aantrekken van beroepskrachten, ledenwerving en dergelijke;
- vaststellen van het beleid: hoe de vaak abstracte doelstellingen

om te zetten in afgeleide, concretere doelstellingen die te verwezenlijken en te evalueren zijn;

- participatie in besturen: vaak heeft de gebruikersvertegenwoordiging geen reële invloed of wordt de legitimiteit van de vertegenwoordiging ter discussie gesteld. Participatie kost ook veel tijd van (vaak onervaren) vrijwilligers, en bij andere groepsleden bestaat soms weinig belangstelling voor beleidszaken;
- gebrek aan deskundige begeleiding en opleiding ten aanzien van de activiteiten.

4.2. Categoriele patiëntenverenigingen

In de Voortgangsnota Patiëntenbeleid (1983) worden 70 ziekten en problemen genoemd, naar aanleiding waarvan categoriale patiëntenorganisaties zijn ontstaan. Volgens recente tellingen van W2000 zijn er nu 116 van dergelijke organisaties. Deze zijn veelal landelijk georganiseerd, maar hebben daarnaast soms regionale of plaatselijke afdelingen. De doelstellingen en activiteiten van categoriale patiëntengroepen zijn zeer divers. Bultman (1983) noemt:

1. het behartigen van de belangen van de aangesloten leden, bijvoorbeeld door:
 - het uitoefenen van politieke pressie om meer operatiefaciliteiten in binnen- of buitenland te verkrijgen (bijvoorbeeld door de Nederlandse Vereniging van Hartpatiënten);
 - het pleiten voor een betere toegankelijkheid van officiële gebouwen voor invaliden (onder andere door de Algemene Nederlandse Invaliden Bond);
 - het tegen gereduceerde prijzen ter beschikking stellen van hulpmiddelen (onder andere door de Diabetes Vereniging Nederland);
2. het geven van informatie over de desbetreffende ziekte en over hulpmiddelen;
3. het verzorgen van onderlinge opvang en begeleiding.

Aan de laatste doelstelling wordt in het algemeen op regionaal en plaatselijk niveau vorm gegeven door middel van gespreksgroepen, recreatieve activiteiten of het elkaar thuis bezoeken.

Dergelijke activiteiten van categoriale patiëntenverenigingen grenzen dicht aan het werk van zelfhulpgroepen, die in de volgende paragraaf aan de orde komen.

In de eerdergenoemde inventariserende studie van Geelen e.a. (1981)

komen naast algemene ook categoriale verenigingen aan bod. Op grond van enquête- en/of interviewgegevens van 29 organisaties op somatisch terrein komt men tot de volgende conclusies. De initiatiefnemers voor de oprichting van de geïnventariseerde categoriale patiëntenorganisaties waren voor het merendeel zelf patiënt. De motieven van de initiatiefnemers hingen bij negentien van de 29 organisaties samen met gebreken in de professionele hulpverlening, zoals gebreken in kennis of voorlichting over de ziekte, het geheel ontbreken van bepaalde vormen van hulpverlening en het te kortschieten van bestaande hulpverlening. Overigens is, ondanks de kritiek, geen sprake van een anti-professionele houding. Andere oprichtingsmotieven waren enerzijds de bestrijding van stigmatisering, onbegrip en discriminatie en anderzijds belangenbehartiging.

Doelen en activiteiten van de organisaties komen neer op collectieve en individuele belangenbehartiging, informatie en voorlichting en onderlinge contactlegging en hulpverlening. De belangenbehartiging is telkens bij ongeveer de helft van de organisaties gericht op:

- het wegnemen van onbegrip ten aanzien van de ziekte/problemen;
- het opheffen van discriminerende maatregelen in, bijvoorbeeld, sociale wetgeving;
- het behandelen van klachten.

Het verbeteren van de professionele hulpverlening en het opzetten van nieuwe voorzieningen worden door ongeveer eenderde van de organisaties genoemd; het verbeteren van de positie van de patiënt door 7 van 29 organisaties. Voorlichting is vooral gericht op verspreiding van kennis over ziekte of problematiek en eventueel behandelingswijzen. Ook bevordering van mondigheid en betrokkenheid bij de zorg voor de eigen gezondheid worden als doel van voorlichting genoemd. Doelgroepen zijn in de eerste plaats de eigen leden en andere betrokkenen, daarnaast soms 'het grote publiek' en (para)medici. Onderlinge contactlegging en hulpverlening vindt plaats door middel van bevordering van onderlinge contacten, gespreksgroepen en individuele hulpverlening van lotgenoten aan lotgenoten.

Het laatste, het zogenaamde 'lotgenotencontact', is één van de weinige activiteiten van patiëntenorganisaties die geëvalueerd is, althans enkele verschijningsvormen ervan. Dat gebeurde in een studie bij kankerpatiënten (Van den Borne en Pruyn, 1983). De doelstelling van het onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de aard en achtergronden van lotgenotencontacten en de betekenis van dergelijke contacten voor de kankerpatiënt. Daartoe werden interviews gehouden met

vrijwillig(st)ers (ex-patiënten) van begeleidingsgroepen én met patiënten die wél, en patiënten die juist geen lotgenotencontact hadden gehad. Daarbij ging het om twee ziekten: borstkanker en de ziekte van Hodgkin. Er was dus sprake van vier groepen patiënten, tussen de 100 en 150 personen per groep.

Enkele conclusies uit het onderzoek zijn:

- ongeveer de helft van de patiënten met borstkanker heeft contact gehad met lotgenoten. Bij patiënten met de ziekte van Hodgkin is dit aantal minder;
- rond de helft van de patiënten die contacten hebben gehad vond deze contacten zinvol tot zeer zinvol. Negatieve ervaringen betroffen vooral het meebelevan van ongunstig ziekteverloop bij medepatiënten;
- de betekenis van lotgenotencontact voor de patiënt is vooral de bewustwording dat men niet de enige is, het kunnen praten over zorgen en problemen en dergelijke.

Onlangs is enige literatuur verschenen over de verwachtingen van categoriale patiëntenorganisaties ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. Bensing (1983) stelt dat lang niet alle patiëntenorganisaties de versterking van de eerste lijn hoog in hun vaandel hebben staan, en dat juist categoriale organisaties er nogal eens op uit zijn tweedelijnsvoorzieningen uit te bouwen.

Visser (1985) nuanceert dit beeld onder meer op grond van interviews met 11 categoriale patiëntenorganisaties in Rotterdam. Hij stelt dat het afhankelijk is van de betreffende klacht of patiëntenorganisaties hun leden in de eerste of in de tweede lijn behandeld willen hebben. Voor de begeleiding van patiënten zien alle organisaties in meerdere of mindere mate een taak voor de huisarts weggelegd.

Knelpunten die door categoriale organisaties worden ervaren zijn dezelfde als die algemene patiëntenorganisaties signaleren (Geelen e.a., 1981): financiering, werven en activeren van leden en deskundigheid (zie paragraaf 4.1.).

4.3. Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen zijn groepen 'bestaande uit lotgenoten, die trachten om een gemeenschappelijk ervaren problematiek te lijf te gaan' (Van Harberden, Lafaille en Ivere, 1981). Er bestaan zowel zelfstandige zelfhulpgroepen, als zelfhulpgroepen die onderdeel uitmaken van andere organisaties. W2000 telt enkele honderden zelfhulpgroepen in Nederland.

De Projektgroep Zelfhulp Tilburg heeft in 1979-1980 inventariserend onderzoek gedaan naar het verschijnsel zelfhulpgroep in de Nederlandse samenleving (Van Harberden, Lafaille en Neve, 1981).

Er werden 57 zelfhulpgroepen geïnterviewd, waarvan 43 deel uitmaakten van een grotere organisatie en 14 'zelfstandig' waren.

Het grootste deel van de zelfhulpgroepen bleek in het laatste decennium te zijn ontstaan. De reden voor de oprichting was meestal dat er lacunes waren gesignaleerd in de professionele hulpverlening.

Het initiatief tot oprichting van de zelfhulpgroep lag bij 38 van de geïnterviewde groepen bij de probleemdragers en/of mensen die nauw bij hen betrokken zijn. Bij de overige groepen waren bij de oprichting ook professionelen betrokken.

Evenals de algemene en categoriale patiëntengroepen houden de zelfhulpgroepen zich bezig met voorlichting, belangenbehartiging en hulpverlening. Deze activiteiten komen alleen of in combinatie voor bij ruim de helft van de zelfhulpgroepen (hulpverlening bij bijna driekwart).

Geelen e.a. (1981) noemen als ontstaansredenen voor zelfhulpgroepen onder meer:

- behoefte aan onderlinge contacten en informatie-uitwisseling bij mensen met dezelfde problematiek;
- slechte communicatie met artsen;
- behoefte van vrouwen om de vervreemding van hun eigen lichaam op te heffen.

Over het functioneren en de effecten van zelfhulpgroepen is in Nederland nog zeer weinig onderzoek gedaan. Een uitzondering is het onderzoek naar VIDO-groepen - zelfhulpgroepen voor vrouwen in de overgang (Beljon, Geelen en Maas, 1983).

De vraagstelling van het onderzoek luidde: "Waarom worden sommige vrouwen in de overgang lid van de VIDO-groepen?"

Er werden interviews (met grotendeels gesloten en voorgestructureerde vragen) afgenomen bij 67 (ex-)VIDO-leden en 122 niet-VIDO-leden. De respondenten woonden in twee steden in Noord-Brabant.

Conclusies van het onderzoek luiden:

- in het onderzoek is nauwelijks bevestiging gevonden voor de verwachtingen (in sociologische literatuur) over de redenen waarom mensen toetreden tot een zelfhulpgroep. Onvrede over de professionele hulp en over de opvang binnen het informele sociale netwerk blijken hierbij nauwelijks een rol te spelen. Bij de oprichting van zelfhulpgroepen speelt onvrede over professionele hulp vaak wél een rol;

- (ex-)VIDO-leden verschillen in een aantal opzichten van niet-VIDO-leden. Zij zijn vaker ontevreden over de steun van hun partner en zij hebben duidelijk méér overgangsproblemen;
- (ex-)VIDO-leden zijn vaker door professionele hulpverleners geweest op (of verwezen naar) VIDO-groepen. Zij hadden vaker dan niet-leden via bronnen dicht bij huis gehoord van VIDO-groepen (huis-aan-huis-bladen, vrienden en bekenden);
- sociaal-psychologische kenmerken, zoals de behoefte aan sociale vergelijking en de behoefte aan affirmatie, blijken naast de ernst van de problematiek de belangrijkste verklaringen voor het toetreden tot VIDO-groepen;
- deelnemers aan VIDO-groepen vermelden dat door hun deelname hun weerbaarheid verhoogd is, depressiviteit en eenzaamheidsgevoelens verminderd zijn en dat hun medicijngebruik is afgenomen.

Bij de Projektgroep Zelfhulp Tilburg is een publikatie in voorbereiding over de hulpverleningsmethode van Anonieme Alcoholisten. Op korte termijn start men met een literatuuronderzoek naar het functioneren en de effecten van zelfhulpgroepen.

4.4. Samenwerking van patiëntengroepen met de professionele hulpverlening

In een aantal onderzoeken over patiëntengroepen (waarvan een deel al eerder genoemd is) is onder meer gevraagd naar samenwerkingsaspecten met de professionele hulpverlening. Een enkel onderzoek richt zich specifiek op samenwerking tussen patiëntengroepen en de professionele hulpverlening (Van den Berg en Rutten, 1984).

Al met al is het beeld van de samenwerking tussen patiëntengroepen en professionele hulpverleners zeer gevarieerd.

Geelen e.a. (1981) constateren, dat gebreken in de professionele hulpverlening bij alle soorten patiënteninitiatieven het meest voorkomende motief voor de oprichting vormden. Categoriale organisaties en zelfhulpgroepen ontstonden vooral om lacunes in de psycho-sociale begeleiding van patiënten aan te vullen; voor algemene patiëntengroepen was de geringe invloed van de patiënt op de hulpverlening vaak ontstaansreden.

Een kwart tot eenderde van de groepen is bij de oprichting tegengewerkt door de professionele hulpverlening. Een ongeveer even groot deel is mede door professionelen opgericht (Geelen e.a., 1981; Harberden, Lafaille en Neve, 1981).

Bij eenderde van de categoriale en algemene patiëntenorganisaties in de studie van Geelen e.a. waren professionele hulpverleners betrokken. Hun rol betreft meestal die van adviseur. Soms zitten professionele hulpverleners in het bestuur, of men fungeert als 'verwijzer' naar een bepaalde groep. Ook als er professionele hulpverleners bij de organisatie betrokken zijn, kunnen er problemen ontstaan met professionals buiten de organisatie. De helft van de categoriale organisaties had dergelijke problemen meegemaakt; de algemene patiëntengroepen zelden.

Van de Berg en Rutten (1984) deden een praktijkgericht onderzoek naar de mogelijkheden van samenwerking tussen patiëntenorganisaties en het kruiswerk. Daartoe vroegen zij patiëntengroepen in Dordrecht of zij vragen of wensen hadden ten aanzien van het kruiswerk. Acht groepen reageerden. Het vaakst voorkomende verzoek was of het kruiswerk wilde fungeren als wegwijzer naar de organisaties. Problemen bij de samenwerking waren:

- de vraag wie verantwoordelijk is voor het resultaat van de samenwerking;
- gevoelens van concurrentie;
- het hanteren van de feedback van patiëntengroepen.

5. PATIËNTPARTICIPATIE

Inleiding

Onder 'patiëntenparticipatie' worden verschillende soorten betrokkenheid van de patiënt verstaan:

- participatie in besturen (landelijk, regionaal of binnen instellingen);
- participatie bij activiteiten van en voor patiënten;
- participatie bij de hulpverlening.

In de Nota Patiëntenbeleid komt alleen participatie op bestuursniveau aan de orde.

In de Voortgangsnota (1983) wordt geconcludeerd dat binnen instellingen patiënten- en bewonersraden moeten worden ingesteld of verder vorm gegeven. De taken en bevoegdheden van deze raden zullen op den duur wettelijk worden vastgelegd.

Op lokaal, regionaal en provinciaal niveau is bundeling van patiënten-, cliënten- en consumentengroeperingen nodig. Daartoe zijn reeds de nodige initiatieven genomen.

Op nationaal niveau heeft patiëntenparticipatie al enigszins vorm gekregen door de oprichting van het landelijk patiënten/consumentenplatform. De in het platform opgenomen organisaties zijn thans als lid of plaatsvervangend lid vertegenwoordigd in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Onderzoek naar patiëntenparticipatie in de eerstelijns richt zich tot nog toe op ervaringen met patiëntenparticipatie in gezondheidscentra en huisartspraktijken, of op mogelijkheden voor patiëntenparticipatie in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

5.1. Patiëntenparticipatie in hulpverleningsinstellingen

Het meest omvangrijke onderzoek naar patiëntenparticipatie in hulpverleningsinstellingen is dat van Bertels (1983). Het betreft een praktijkgericht onderzoek in het gezondheidscentrum Holendrecht in Amsterdam.

Bertels concludeert dat democratisering, en dus ook participatie, alleen mogelijk is wanneer professionals hun monopolie op kwaliteitsdefiniëring afstaan. Zij signaleert een structureel verschil in positie tussen werkers en gebruikers, die daardoor verschillende belangen kunnen hebben.

Werkers en gebruikers moeten gezamenlijk discussie voeren over de inhoud en de organisatie van de hulpverlening. Deelname van gebruikers moet niet beperkt worden tot formeel-bestuurlijke participatie, maar dient zich ook uit te strekken tot het niveau van de directe hulpverlening en het tussenniveau.

Het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMA-WO) heeft een literatuurstudie verricht (Willems, 1983), bij wijze van voorstudie ten behoeve van het onderzoeksproject 'Cliëntenparticipatie in de maatschappelijke dienstverlening'.

Conclusies van deze studie zijn onder meer:

- empirisch onderzoek naar gebruikersparticipatie komt pas de laatste jaren aarzelend op gang;
- gebruikersparticipatie is in de extramurale gezondheidszorg nog zwak ontwikkeld;
- voor wat betreft participatiebevordering van binnen uit kunnen hulpverleningsinstellingen worden getypeerd als participatievrijdijdig (besturen) tot participatieneutraal (hulpverlening);
- in de schaarse gevallen waarin sprake is van gebruikersparticipatie, leidt deze niet of slechts op bescheiden schaal tot zeggeng-

- schap van gebruikers over de hulpverlening;
- het beschreven onderzoek is onvoldoende betrouwbaar omdat het zich vooral baseert op ervaringen van hulpverlenende instanties;
 - onderzoek moet op een evenwichtige manier aan alle betrokken partijen aandacht besteden.

In een aantal beschrijvende artikelen worden ervaringen beschreven met patiëntenraden bij een huisartspraktijk of gezondheidscentrum (De Jongh, 1980; Ebbens, 1980).

Dergelijke raden ontplooiën doorgaans gerichte activiteiten zoals het uitgeven van een patiëntenkrant en het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten. Daarnaast heeft men vaak een bemiddelende functie tussen patiënten en hulpverleners. Overleg tussen patiëntenraden en hulpverleners kan alleen functioneel zijn of ook geïnstitutionaliseerd. De invloed van een dergelijke raad op de hulpverlening is moeilijk in te schatten.

5.2. Patiëntenparticipatie en de WVG

In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982) werden verschillende mogelijkheden genoemd voor een verregaande democratisering van de gezondheidszorg. Zo zouden, althans in de aanvankelijke versie van de wetstekst, patiënten(organisaties) vertegenwoordigd zijn in adviesraden op landelijk, provinciaal en gemeentelijk niveau.

DHV Raadgevend Ingenieursbureau (DHV, 1981) deed in opdracht van het Ministerie van (toen nog) Volksgezondheid en Milieuhygiëne inventariserend onderzoek naar de participatie van gebruikers in de ten behoeve van de WVG ingestelde proefregio's.

Hiertoe zijn, aan de hand van vooraf toegezonden vragenlijsten, gesprekken gevoerd met betrokkenen bij de regionalisatie.

Conclusies van het onderzoek zijn:

- de feitelijke inbreng van de gebruiker varieert - op enkele hoopvolle initiatieven na - van nihil tot gering;
- belangrijkste belemmeringen voor participatie, gezien tegen de achtergrond van de patiëntenbeweging als geheel, zijn een gebrek aan organisatiegraad en het ontbreken van materiële middelen en mogelijkheden;
- de patiëntenbeweging als geheel is in Nederland weliswaar volop in ontwikkeling, maar ongestructureerd en veelsoortig. Er is sprake van een lage organisatiegraad en uiteenlopende doelstellingen, alsmede van een aantal structurele problemen. Eén en ander bemoei-

- lijkt participatie;
- voorwaarden voor participatie zijn: stimuleren van groepsvorming bevorderen van kennisvermeerdering en deskundigheid; geen overhaaste deelname van patiëntengroeperingen aan besturen, commissies en raden; relativiseren van de legitimiteit van de vertegenwoordiging in ruil voor accentuering van de kwaliteit van de inbreng.

De Zeeuw (1984) heeft onderzoek gedaan naar wensen en ideeën van beleidsmakers (plaatselijke, provinciale en landelijke overheden en instellingen van gezondheidszorg) rond patiëntenparticipatie.

Hij concludeert onder meer dat het beleid eisen stelt aan de patiëntenbeweging die niet verenigbaar zijn met juist het eigene daarvan, namelijk de centrale plaats van de gebruiker. Zo verwachten beleidsmakers dat patiëntengroepen beleidsmatig denken, representatief zijn, niet 'in het straatje van de medici' praten en niet als actiegroepen functioneren.

De Zeeuw is het met de conclusies van DHV eens, dat men met participatie niet te hard van stapel moet lopen.

6. ZELFZORG EN MANTELZORG

Inleiding

De begrippen 'zelfzorg' en 'mantelzorg' hebben een centrale plaats ingenomen in het denken over de (Nederlandse) gezondheidszorg. Daarbij heeft Hattinga Verschure een belangrijke rol gespeeld (onder meer Hattinga Verschure 1977; 1979).

Hattinga Verschure (1977) omschrijft zelfzorg als volgt:

"Het individu geeft zelf antwoord op een behoefte aan zorg die zich bij datzelfde individu voordoet".

Mantelzorg wordt door hem omschreven als:

"Zorg in een kleine groep, waarvan de leden onderling in relatie staan".

De aandacht voor zelfzorg en mantelzorg hangt samen met toenemende kritiek op de westerse gezondheidszorg, zoals die onder meer door Illich (1981) en Zola (1973) verwoord is. Zelfzorg en mantelzorg sluiten ook aan bij de emancipatiebeweging van patiënten; men wil weer meer te zeggen hebben over de zorg voor de eigen gezondheid. Anderzijds is de opkomst van (het denken over) de zelfzorg en mantelzorg het afgelopen decennium niet los te zien van het groeiende

besef dat de Nederlandse gezondheidszorg wat betreft omvang en kosten onbeheersbaar dreigt te worden.

Sommige auteurs menen zelfs dat de ideologie van de bevordering van zelfzorg en mantelzorg misbruikt wordt om overheidsuitgaven terug te dringen (Juffermans, 1983).

Bevordering van zelf- en mantelzorg

Het Nederlandse onderzoek over zelfzorg en mantelzorg betreft voornamelijk de vraag hoe deze zorg in bepaalde situaties te bevorderen is.

Bij de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht wordt momenteel een onderzoek afgerond naar zelfzorg onder diabetici (Pennings, 1984). Vraagstellingen van het onderzoek luiden:

- wat wordt reeds aan zelfzorg gedaan?
- bestaan er verschillen in motivatie met betrekking tot zelfzorg?
- door wie en in welke mate worden mensen met diabetes gestimuleerd tot zelf zorg dragen?
- van welke aard is de ondersteuning van professionele hulpverleners?

In het kader van het onderzoek werden 420 leden van de Diabetes Vereniging Nederland geënquêteerd. Resultaten waren ten tijde van deze overzichtsstudie nog niet beschikbaar.

Eveneens bij genoemde vakgroep loopt een onderzoek naar de mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten (Jacobs, 1984). Vraagstellingen in de eerste fase van het onderzoek zijn:

- welke factoren hebben een belangrijke rol gespeeld in de motivatie van de niet-professionele hulpverlener om thuiszorg te verlenen tot het moment van opname van de zorgvrager in een verzorgingshuis, somatisch- of psychogeriatrisch verpleeghuis?
- welke factoren hebben een belangrijke rol gespeeld in de motivatie van de zorgvrager en -verlener om tot een aanvraag voor plaatsing in een verzorgingshuis, somatisch of psychogeriatrisch verpleeghuis over te gaan?

Er worden interviews gehouden met mensen die om plaatsing hebben gevraagd in één van de drie genoemde soorten intramurale instellingen, evenals met hun 'mantelzorgverleners'. De interviews met 32 aanvragers van plaatsing in een verzorgingshuis en met 20 zorgverleners zijn inmiddels verwerkt. Dit leidde tot de volgende conclusies:

- het aantal potentiële mantelzorgers en/of hun beschikbaarheid is

- de laatste 10 jaar afgenomen bij 20 van de 32 zorgvragers;
- er wordt zelden méér dan één belangrijke verzorger genoemd;
- veel 'mantelzorgers' vinden het niet nodig om materiële of immate-riële beloning voor hun zorg te ontvangen;
- veel hulp van de mantelzorger wordt door de zorgvrager als heel vanzelfsprekend beschouwd;
- belangrijke redenen voor het aanvragen van plaatsing zijn: ten eerste lichamelijke achteruitgang en verder eenzaamheid en angst om bij plotselinge ziekte nergens terecht te kunnen.

Door studenten geneeskunde in Leiden werd in 1979 onderzoek gedaan naar de bereidheid van Noordwijkse patiënten tot een actievere onderlinge hulpverlening (Huurman, Van Niekerk en Van der Plas, 1979). Hiertoe werden 125 patiënten van een gezondheidscentrum schriftelijk geënquêteerd.

Conclusies zijn:

- de mate waarin mensen aan zelfzorg doen is gering in vergelijk met de geboden mogelijkheden (bijvoorbeeld de beschikbare informatie);
- de verantwoordelijkheid voor gezond worden of blijven legt men nog steeds heel sterk bij de arts;
- patiënten hebben niet de indruk dat ze door hun arts gestimuleerd worden aan zelfzorg te doen;
- de mantelzorg is minder dan vroeger;
- de bereidheid van patiënten om (een deel van) hun zorgbehoefte te laten opvangen door mantelzorgers (in plaats van door professionele hulpverleners) en hun behoefte aan zorg lijken voldoende om deze van de grond te krijgen. Echter, met name het burenccontact mist het karakter om burenhulp mogelijk te maken.

Aan de Erasmus Universiteit (Sociale Faculteit, Subfaculteit Maatschappij Geschiedenis) is onderzoek gedaan naar determinerende factoren van zelfzorg en mantelzorg, door middel van literatuur en interviews. Hierover is geen publikatie beschikbaar.

Een onderzoek naar het praktisch functioneren van zelf- en mantelzorg in de thuisverpleging, aan de Universiteit van Amsterdam (Instituut voor Sociale Geneeskunde) loopt nog tot september 1985 (Van den Bos, 1982; Van den Bos, Van der Maas en Habbema, 1984).

7. PATIENTENTEVREDENHEID

Inleiding

Onderzoek naar de tevredenheid (satisfactie) van patiënten over de gezondheidszorg is om een aantal redenen van belang (Locker en Dunt, 1978):

- bij het afwegen van verschillende alternatieven in de gezondheidszorg op basis van een kosten-baten analyse is het oordeel van de patiënt één van de maten voor de kwaliteit van de zorg;
- onderzoek naar de arts-patiënt-relatie heeft aangetoond dat het van belang is de mening van de patiënt te begrijpen;
- onderzoek naar het oordeel van patiënten kan het gezondheidszorg-beleid ondersteunen. In dat opzicht is satisfactieonderzoek een indirecte vorm van gebruikersparticipatie;
- tevredenheid over de zorg is een bepalende factor bij het inroepen van professionele hulp, therapietrouw en continuïteit in de relatie met een hulpverlener;
- bij langdurige ziekte wordt de kwaliteit van de zorg bepalend voor de kwaliteit van het leven.

De gemeten tevredenheid van patiënten is bijna onveranderlijk groot, in buitenlands zowel als Nederlands onderzoek en in onderzoek over de tweedelijnsgezondheidszorg net zo goed als in onderzoek over de eerstelijns. Voor dit enigszins verrassende verschijnsel (Boom, Lamberts, Froom e.a., 1978 constateerden in 1978 al dat tevredenheid over bijvoorbeeld recreatiemogelijkheden veel geringer is) zijn tenminste twee verklaringen. Ten eerste is het mogelijk dat de (westerse) gezondheidszorg zó optimaal functioneert, dat er eenvoudig weinig onvrede over die zorg bestaat. Een andere mogelijkheid is dat de relatie tussen patiënten en de gezondheidszorg zo complex is dat er (nog) geen meetinstrumenten gevoelig genoeg zijn om de (on)tevredenheid werkelijk te meten. Eén en ander heeft er in elk geval toe geleid dat er relatief veel onderzoek is gedaan naar het ontwikkelen van een meetinstrument voor patiëntensatisfactie.

7.1. Meetinstrumenten voor satisfactieonderzoek

Het meeste onderzoek op dit gebied betreft de tweedelijnsgezondheidszorg, maar het lijkt aannemelijk dat de resultaten implicaties hebben voor tevredenheidsonderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Veel ziekenhuizen houden mondelinge of schriftelijke enquêtes om na te gaan hoe patiënten hun verblijf in het ziekenhuis hebben ervaren. Onder andere stelde Spangenberg (1981) dat een schriftelijke enquête met gesloten vragen in de hand werkt dat patiënten ongefundeerde en sociaalwenselijke antwoorden geven. Hij voert aan dat een verpleegkundige, die open staat voor de vragen en problemen van patiënten, er wel degelijk in slaagt om kritiek en dissatisfactie van patiënten boven tafel te krijgen.

Visser (1984) heeft uitgebreid onderzoek gedaan om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- wat is de invloed van de formulering van vragen in enquêtes op antwoordtendenties?
- wat is de invloed van situationele factoren die betrekking hebben op de wijze, de plaats en het tijdstip van uitvoeren van enquêtes onder patiënten?
- wat is de invloed van persoonsgebonden factoren, te weten sociale wenselijkheid, dankbaarheidsgevoelens en de angst van de patiënten om te klagen?

In de twee vóóronderzoeken en het hoofdonderzoek werden in totaal 1.133 ziekenhuispatiënten ondervraagd.

De door patiënten meest bekritiseerde verblijfsaspecten zijn: de informatieverstrekking, de ontvangen emotionele steun, de recreatie, het sanitair en het comfort. Dit sluit aan bij andere onderzoekingen over patiëntentevredenheid.

Antwoordtendenties, de wijze van uitvoeren van onderzoeken en de plaats van uitvoeren zijn amper van invloed op de satisfactie van ziekenhuispatiënten.

De factoren 'sociale wenselijkheid' en 'dankbaarheid' spelen wél een grote rol. Andere factoren die van invloed zijn zijn biografische, persoonlijkheids-, ervarings-, verblijfs- en opnamefactoren.

Het blijkt van belang om te vragen naar onderscheiden verblijfsaspecten; algemene vragen leiden tot een globale en positief gekleurde beoordeling.

Visser concludeert dat zijn resultaten het bezwaar weerleggen dat enquêtes onder ziekenhuispatiënten een beeld geven van dusdanig tevreden patiënten, dat dergelijke enquêtes onbruikbaar zijn.

Van Amstel deed in 1981 onderzoek naar het verschil tussen postenquête en bezoekenquête bij het meten van de tevredenheid van patiënten van een huisartspraktijk. Hij komt tot de conclusie dat nóch wat betreft respons, nóch wat betreft betrouwbaarheid nadelen zijn

verbonden aan de postenquête.

Bij de SWOKA (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden) loopt tot eind 1985 een project dat onder meer tot doel heeft antwoord te geven op de volgende vraagstellingen:

- wat voor type continu onderzoek is nuttig en haalbaar teneinde via regelmatige aanpassingen door beleid de tevredenheid van de consument te verhogen?
- op welke wijze kan een onderzoek naar patiëntentevredenheid in de eerstelijnsgezondheidszorg worden uitgevoerd in het verlengde van het huidige project? (Het huidige project heeft namelijk de tweedelijnsgezondheidszorg als onderwerp NW).

7.2. Resultaten van satisfactieonderzoek

De meeste satisfactie-onderzoekingen over de eerstelijnsgezondheidszorg gaan in op één van de verschillende soorten eerstelijns hulpverlening (bijvoorbeeld tevredenheid over het consultatiebureau), en dan vaak op een bepaald aspect van die hulpverlening.

Aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde in Leiden ging men na wat patiënten vonden van het huisbezoek van de huisarts (Kaptein, 1979). Aan 160 patiënten van 4 huisartsen werd thuis een vragenlijst voorgelegd. Over de bereidheid tot huisbezoek van de huisarts was 84% van de patiënten tamelijk tot zeer tevreden en 9% tamelijk tot zeer ontevreden. Daarbij speelde wel de houding van de huisarts een rol; over één van de huisartsen, die zo min mogelijk huisbezoek aflegde, was 25% van de patiënten (tamelijk) ontevreden.

Over het huisbezoek zelf is het overgrote deel van de patiënten tevreden (slechts 3% (tamelijk) ontevreden).

In 1981 publiceerde Lagendijk Opinieonderzoek de resultaten van een landelijk representatieve enquête onder ruim 1.000 respondenten. De enquête had betrekking op meningen over en ervaringen met de huisarts. De resultaten leveren het gebruikelijke plaatje: bijna 80% tevreden respondenten. Naarmate men hoger opgeleid was en jonger, was men in mindere mate tevreden. Over de verhaalmogelijkheden bij klachten waren de respondenten aanmerkelijk minder positief: slechts de helft vond de verhaalmogelijkheden goed; de andere helft van deze mogelijkheden redelijk of 'niet goed' (Lagendijk, 1981).

In een onderzoek naar de tevredenheid over hulpverleners van ouders

met een kind met 'Minimal Brain Dysfunction' (Klinkert, 1982) kwam ook de huisarts aan de orde. Deze werd door 63% van de ouders bij de problematiek ingeschakeld (N = 616). Slechts 46% van deze ouders was tevreden over de hulpverlening van de huisarts; 42% was ontevreden en 12% zat daar tussenin. Klinkert wijst erop, dat deze relatief hoge mate van ontevredenheid veroorzaakt wordt doordat de diagnose MBD vaak niet evident is, en/of de hulpverlening de ouders vaak niet van hun schuldgevoel (wij doen iets verkeerd) afhelpt. De huisarts gaat hier, blijkens het oordeel van de ouders, wat minder goed mee om dan bijvoorbeeld de psycholoog.

In Gouda werd in 1983 bij 54 moeders van 2-jarige peuters onder meer nagegaan hoe de moeder het contact met het consultatiebureau ervaart en of zij daar met vragen en onzekerheden terecht kan. Eveneens werd gevraagd in hoeverre de moeders iets aan de adviezen van het bureau hebben (Swets-Gronert, 1983).

De moeders zijn in het algemeen positief over de medische controle-functie van het consultatiebureau. De lange wachttijden worden als negatief ervaren. Vragen en problemen rond het gedrag van het kind blijken in het algemeen niet aan de consultatiebureau-arts te worden voorgelegd, terwijl dát de problemen zijn die in de kleuterperiode spelen.

Op het (voormalige) Nederlands Huisartsen Instituut liepen in 1984 twee projecten waarin de tevredenheid van consumenten over meerdere hulpverleners aan bod kwamen.

In het project 'Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg' (Warmenhoven, 1984) werd de mening van 5.000 huisvrouwen over de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg gevraagd met behulp van een schriftelijke enquête. Het onderzoek vond plaats in het kader van een actie van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen.

Enkele conclusies luiden:

- de 'geografische' bereikbaarheid van de hulpverleners is over het algemeen goed;
- de 'organisatorische' bereikbaarheid wordt door een groot deel van de respondenten goed gevonden. Relatief wat minder waardering is er voor de avond- en weekenddiensten, vooral die van apotheker en tandarts;
- een aanzienlijk deel van de respondenten had problemen ervaren rond het verkrijgen van gezinshulp;
- de voorlichting door de huisarts over bijwerkingen van medicijnen en over de kosten van een behandeling wordt door een kwart der

- respondenten onvoldoende gevonden. Het laatste geldt ook voor de tandarts;
- het overgrote deel van de respondenten stelt er, tenminste 'soms', prijs op om de verwijsbrief aan de specialist te lezen. Bijna de helft van de huisartsen van de respondenten geeft de verwijsbrief echter gesloten mee.

In het Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (OKER) werd met behulp van interviews nagegaan welke knelpunten onder meer patiëntenorganisaties ervaren met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg (Visser, 1985). Daartoe werden interviews gehouden met elf categoriale organisaties, vier gehandicaptenorganisaties, twee ouderorganisaties en vier zelfhulpgroepen.

Knelpunten die uit het onderzoek naar voren komen zijn:

- de bereikbaarheid van de verschillende hulpverleners, met name 's avonds en 's nachts;
- de specifieke kennis van hulpverleners over de problemen van bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten is, volgens een aanzienlijk deel der geïnterviewde organisaties, te gering.

8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

De 'gebruiker in de eerstelijnsgezondheidszorg' is nog maar sinds korte tijd onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor is het aantal studies op dit gebied relatief klein. Onderzoekingen bouwen nog weinig op elkaar voort; veel onderzoekingen hebben het karakter van een eerste verkenning van een bepaald terrein.

Op het gebied van de **patiëntengroepen** is vooral inventariserend onderzoek gedaan door Werkgroep 2000 en de Katholieke Hogeschool Tilburg. Er is redelijk veel bekend over het aantal verschillende groepen, hun soort, doelstellingen en taken. Gezien het vlottende karakter van veel van dergelijke groepen is het up-to-date houden van deze informatie van belang.

Er is nog weinig bekend over de functie van verschillende patiëntengroepen, zowel op macro-niveau (ten aanzien van de samenleving) als op micro-niveau (ten aanzien van de leden).

Een klein aantal onderzoekers heeft zich bezig gehouden met de vraag in hoeverre **zelfzorg** en **mantelzorg** te bevorderen zijn bij specifieke

categorieën patiënten.

Het is nog onduidelijk in hoeverre individuen bereid en in staat zijn zelfzorg en mantelzorg toe te passen; welke verschillen er wat dat betreft bestaan tussen verschillende categorieën van patiënten en hoe de relatie ligt tussen zelf- en mantelzorg enerzijds en gebruik van de professionele zorg anderzijds. In relatie tot het voorafgaande is het ook interessant welke functie patiëntengroepen hebben met betrekking tot de bevordering van zelf- en mantelzorg.

Over de problemen rond **patiëntenparticipatie** op bestuurlijk niveau is een redelijk duidelijk beeld ontstaan.

Patiëntenparticipatie komt, op alle niveaus, echter nog maar vrij incidenteel voor. Het lijkt zinvol om experimenten op dit terrein te evalueren, teneinde te komen tot een oordeel over de mogelijkheden en onmogelijkheden ervan.

Wanneer meer duidelijkheid bestaat over de functie en representativiteit van patiëntengroepen zal ook op een aantal vragen over patiëntenparticipatie antwoord gegeven kunnen worden.

Ten aanzien van de **patiëntenrechten** tracht de landelijke overheid te komen tot wettelijke regelingen. Dit proces kan begeleid worden door onderzoek naar de problemen die zich bij toepassing van genoemde regelingen voordoen. Evaluatieonderzoek naar het functioneren van bepaalde regelingen is in een later stadium geboden.

Ten aanzien van **satisfactieonderzoek** onder patiënten in de eerste lijn is behoefte aan een passend meetinstrument.

Hoewel satisfactieonderzoek in de hele gezondheidszorg onveranderlijk leidt tot een hoog percentage tevreden patiënten, is het zonder meer mogelijk om met behulp van dergelijk onderzoek te achterhalen welke elementen van de zorg door patiënten als minder optimaal ervaren worden.

NOTEN

1. Zo zijn in de Grondwet bepalingen opgenomen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam en het recht op gezondheidszorg.

2. IVA: Instituut voor Arbeidsvraagstukken, Tilburg
IVG: Instituut voor Gezondheidszorg, Tilburg
KHT: Katholieke Hogeschool Tilburg

LITERATUUR

- AGHINA, M.J. - 1978. Patiëntenrecht: een kwestie van gewicht. Assen, Van Gorcum
- AMSTEL, R. VAN - 1981. Postenquête of bezoekenquête?: een secundaire analyse op verschil in medewerking en beantwoording. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, no. 6, 164-169
- BECHT-MELAI, F. en J.M. BENSING - 1983. A decade of research in primary care in the Netherlands, 1972-1983. Utrecht, Netherlands College of General Practitioners
- BECKER, M.H. en L.A. MAIMAN - 1980. Strategies for enhancing patient compliance. Journal of Community Health, 6, no. 2
- BELJON, J.A.S., K.R.J. GEELLEN en J.M.A.G. MAAS - 1983. Vidogroepen: leden en niet-leden vergeleken. Tilburg, Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk onderzoek
- BENSING, J.M. - 1984. Wie wil in Nederland Primary Health Care? Medisch Contact, 39, no. 5, 141-140
- BERG, M. VAN DE en M. RUTTEN-v.d. HOF - 1984. Kruiswerk en patiëntengroepen: wat kunnen ze voor elkaar betekenen? Maatschappelijke Gezondheidszorg, no. 7/8, 26-30
- BERTELS, M. - 1983. Kwaliteit in discussie: een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Amsterdam, Onderzoeksplatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsdienstverlening in Amsterdam
- BEUMER, F.J.A. - 1981. Patiënt en recht. Deventer, Kluwer
- BOERBOOMS, M. - 1981. Naar een verbeterde patiëntenvoorlichting: een verslag van de ervaringen in een wijkgezondheidscentrum. Utrecht, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten
- BOOM, W.H., H. LAMBERTS, J. FROON en R. BLANDELL - 1978. Patiënt en huisarts: Rochester (VS) en Ommoord met elkaar vergeleken. Huisarts en Wetenschap, 21, no. 7, 246-252
- BOOT, J.M. en M.H.J.M. KNAPEN - 1983. De Nederlandse Gezondheidszorg, Utrecht, Het Spectrum

- BORNE, H.W. VAN DEN en J.F.A. PRUIJN - 1983. Achtergronden en betekenis van lotgenotencontact bij kankerpatiënten. Tilburg, Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk onderzoek
- BOS, T. VAN DEN - 1982. De positie van wijkverpleegkundigen ten opzichte van chronisch zieken. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10, no. 11, 16-20
- BOS, G.A.M. VAN DEN, P.J. VAN DER MAAS en J.D.F. HABBEMA - 1984. Zorgbehoeften en zorgverlening bij chronisch zieken: onderzoeksopzet en eerste resultaten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 12, 465-467
- BULTMAN, J. - 1983. Organisaties van patiënten en vrijwilligers. In: Bouw en werking van de gezondheidszorg; onder redactie van E.M. Roscam-Abbing; 2e herziene druk. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 287-298
- BUMA, J.T. - 1984. Opvattingen over huisartsgeneeskunde in Huisarts en Wetenschap. Huisarts en Wetenschap, 24, no. 9, 332-335
- CRV (CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID) - 1982. Verzamelde deeladviezen betreffende onderwerpen op het gebied van patiëntenrecht. Rijswijk
- DHV, RAADGEVEND INGENIEURSBUREAU B.V. - 1981. De betrokkenheid van de gebruiker. Amersfoort
- DEKKERS, F. - 1979. De patiënt en het recht op informatie. Alphen aan den Rijn, Samson
- DEKKERS, F. - 1981. Patiëntenrecht en patiëntenbeleid. Deventer, Van Loghum Slaterus
- EBBENS, E.H. - 1980. Een patiëntenvereniging binnen het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 7, 264-267
- EIJKMAN, M.A.J. - 1979. Tandarts en patiëntenvoorlichting: een terreinverkenning in de (T)GVO Groningen, Wolters-Noordhoff
- FERGUSON, K. en G.G. BOLE - 1979. Family support, health beliefs and therapeutic compliance in patients with rheumatoid arthritis. Patient Counseling and Health Education, 1, no. 3, 101-105
- GVO (GEZONDHEIDSVoorlichting en -OPVOEDING) - SAMENWERKINGSVERBAND BOLLENSTREEK - 1979. Tranquillizer-project Sassenheim: informatie- en documentatiemap. Lisse
- GEELLEN, K., R. LAFAILLE en D.J. TILBORGHES - 1981. Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- GROFFEN, W. en L. AUKES - 1979. In overleg met de patiënt: communicatieve verrichtingen in het ziekenhuis. Deventer, Van Loghum Slaterus

- HARBERDEN, P. VAN, R. LAFAILLE en J. NEVE - 1981. Zelfhulpgroepen in Nederland: eindverslag van een inventariserend onderzoek. Tilburg, Katholieke Hogeschool. Deel VI
- HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. - 1977. Het verschijnsel zorg. Lochem, Tijdstroom
- HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. - 1979. Zelfzorg en mantelzorg voor gezondheid: een bibliografisch profiel. Medisch Contact, 34, no. 43, 1380-1383
- HURMAN, D., J. VAN NIEKERK en W. VAN DER PLAS - 1979. Zelfzorg voor en door patiënten: een verkennend onderzoek naar de bereidheid van Noordwijkse patiënten tot een actievere onderlinge hulpverlening. Noordwijk, Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde
- ILLICH, I. - 1981. Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid? Bussum, Wereldvenster
- JACOBS, M.P. - 1984. Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 12, 463-465
- JANSEN, K. - 1979. Verslag medicijnwinkel Amsterdam: resultaten van de eerste tien maanden voorlichtingswerk. Amsterdam, Medicijnwinkel
- JONGH, T.O.H. DE - 1980. Werken met patiënten: ervaringen met een patiëntenraad. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 10, 383-386
- JUFFERMANS, P.C. - 1983. Medicalisering, zelfzorg en de crisis van de verzorgingsstaat. Medisch Contact, 38, no. 8, 224-226
- KAPTEIN, A.A. - 1979. Huisbezoek: wat vindt de patiënt ervan? Huisarts en Wetenschap, 22, no. 12, 504-509
- KLINKERT, J.J. - 1982. Minimal Brain Dysfunction: een onderzoek onder MBD-ouders naar hun tevredenheid over hulpverleners. Medisch Contact, 37, no. 28, 829-831
- LAGENDIJK OPINIE-ONDERZOEK - 1981. Nederlands publiek en huisarts: meningen over en ervaringen met de beroepsgroep. Apeldoorn
- LAMBERTS, H. - 1981. Patiëntenvoorlichting: een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 24, no. 7, 263-268
- LOCKER, D. en D. DUNT - 1978. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science & Medicine, 12, no. 4A, 283-292
- MARQUIS, M.S., A.R. DAVIES and J.E. WARE - 1983. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. Medical Care, 21, no. 8, 821-829

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1981. Patiëntenbeleid. Den Haag, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983. Voortgangsnota patiëntenbeleid. Den Haag, Staatsuitgeverij
- PENNINGS-VAN DER EERDEN, L.J.M. - 1984. Zelfzorg en motivatie bij personen met diabetes mellitus. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 12, 462-463
- SPANGENBERG, F. - 1981. Tevreden patiënten bestaan niet: hoe betrouwbaar is de patiëntenenquête? Het Ziekenhuis, 11, no. 2, 68-69
- SPRONK, V.R.A. en N.E. WARMENHOVEN - 1982. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk: een eerste inventarisatie van meningen van huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- SWETS-GRONERT, F.A. - 1983. Hoe ervaren moeders CB als steunfunctie. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no. 12, 8-10
- TALKINGTON, D.R. - 1978. Maximizing patient compliance by shaping attitudes of self-directed health care. Journal of Family Practice, 6, no. 3, 591-595
- VISSER, A.Ph. - 1984. De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Assen, Van Gorcum
- VISSER, G.J. - 1985. Patiëntenorganisaties en de eerste lijn. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus, 245-252
- VISSER, G.J. - 1985. Eerste lijn in Rotterdam: onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- WARMENHOVEN, N.E. - 1984. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg: het oordeel van leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- WARMENHOVEN, N.E. - 1985. De rechten van de patiënt: opvattingen van huisartsen en patiënten. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- WERK GROEP 2000 - 1982. Patiëntengroepen in de knel?: nota over geïdentificeerde knelpunten bij algemene plaatselijke patiëntengroepen. Amersfoort
- WILLEMS, L. - 1983. Gebruikersparticipatie in de hulpverlening: een literatuurstudie ten behoeve van een onderzoeksproject. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek

- WIJSHOFF-VOGELZANG, R.L.M. - 1985. Arts-patiënt: enige juridische aspecten van hun relatie. Deventer, Kluwer
- ZEEUW, C. DE - 1984. Patiëntenparticipatie door het beleid gewogen: een onderzoek naar wensen en ideeën van beleidsmakers rond patiëntenparticipatie in de gezondheidszorg. Groningen, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding Coördinatiepunt
- ZOLA, I.K. - 1973. De medische macht: de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Meppel, Boom

14 Ouderen en eerstelijnsgezondheidszorg

R.T.J. Hamers en L. Hingstman

1. INLEIDING	501
2. UITGANGSPUNTEN VAN HET BEJAARDENBELEID	503
3. ONDERZOEK NAAR ZORGBEHOEFTEN VAN OUDEREN	504
4. AANBOD AAN EERSTELIJNSVOORZIENINGEN VOOR OUDEREN	508
4.1 Huisartsenzorg	508
4.2 Wijkverpleegkundige zorg	511
4.3 Gezinsverzorging	515
4.4 Informele hulp	517
4.5 Samenhang en substitutie	519
5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	520
LITERATUUR	521

1. INLEIDING*

Nederland vergrijst. Niet alleen is er sprake van een groei in absolute zin van de categorie 65+-ers, ook het relatieve aandeel van deze groep in de totale bevolking is in de loop der jaren fors gestegen. Was in 1960 nog 8,7% van de totale bevolking 65 jaar of ouder, in 1985 is dit percentage reeds opgelopen tot 11,9% (CBS, 1985). Dat deze tendens zich in de komende jaren zal voortzetten moge duidelijk worden uit onderstaand staatje.

Tabel 1: prognose van het aantal bejaarden in Nederland

	aantal 65+-ers (x 1.000)	als percentage van de bevolking
1947	-	7,1
1960	993	8,7
1985	1.729	11,9
2000	2.088	13,4
2010	2.302	14,6
2025	3.055	19,6

Bron: CBS 1982a (middenvariant).

Opvallend is dat in de afgelopen 25 jaar de vergrijzing sneller is voortgeschreden dan in de komende 25 jaar het geval zal zijn, waarbij het niet uit te sluiten is dat ná het jaar 2010 dit proces weer zal versnellen. Lange termijnprognoses zijn echter tamelijk speculatief door de onzekerheid omtrent de aanname inzake vruchtbaarheid en migratie. Naast de omvang van de groep ouderen is de samenstelling van deze categorie van belang. Het CBS (1982a) noemt drie belangrijke kenmerken van de huidige en toekomstige samenstelling van de categorie ouderen, namelijk een ruim vrouwenoverschot, een toenemend aantal alleenstaanden en een toenemend aantal hoogbejaarden (ouder dan tachtig jaar).

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben ongetwijfeld gevolgen voor de

* Met dank aan M.M. van Santvoort van het Nederlands Instituut voor Gerontologie voor de kritische herziening van een eerdere versie.

behoefte aan bepaalde hulp of verzorging. Met de vergrijzing van de bevolking zal het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, zowel intra- als extramuraal, verder toenemen. Als wij ons beperken tot de extramuraal gezondheidszorg moeten we allereerst constateren dat met name de gezinsverzorging en de wijkverpleging de gevolgen van de toenemende verzorgings- en verpleegbehoefte van ouderen zullen ondervinden (Nota Eerstelijnszorg, 1983). Binnen de gezinsverzorging is het aandeel van de hulpverlening aan ouderen van 1975 tot 1982 gestegen van 42% tot ongeveer 60% (Nota Bouwstenen, 1982; Nota Eerstelijnszorg, 1983). Van het kruiswerk blijkt in 1981 ongeveer 40% van de totale kosten besteed te worden aan zorgverlening aan ouderen (Nota Bouwstenen, 1982). Ook de huisarts zal geconfronteerd worden met een toename van de vraag om hulp (Van den Hoogen, Schellekens, Schröder, e.a. 1982). Vooral de toename van het aantal chronisch-degeneratieve aandoeningen zal leiden tot een grotere belasting van de huisarts.

In deze bijdrage geven we een overzicht van het verricht onderzoek van de afgelopen vijf jaar op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg en ouderen¹. Hoewel deze overzichtstudie zich beperkt tot onderzoek waarover tenminste een (interim)rapport beschikbaar is, zou een vertekend beeld ontstaan als wij niet kort melding zouden maken van enkele lopende projecten.

Aangezien een groot deel van het onderzoek direct of indirect het gevolg is van het gevoerde overheidsbeleid op het gebied van de bejaardenzorg, zullen we in hoofdstuk 2 kort de beleidslijnen inzake de zorgvoorzieningen voor ouderen schetsen.

In hoofdstuk 3 staat de vraagzijde centraal, met andere woorden de verzorgingsbehoefte van ouderen. De aanbodzijde komt in hoofdstuk 4 aan bod. Achtereenvolgens zullen onderzoeken op het gebied van de huisartsenzorg, de wijkverpleging, de gezinsverzorging en de informele zorg besproken worden. Daarnaast besteden we aandacht aan de onderlinge samenhang en het al dan niet optreden van substitutie-effecten tussen genoemde voorzieningen. Tenslotte zal in het laatste hoofdstuk een overzicht gegeven worden van mogelijk nieuw te entameren onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg en ouderen.

2. UITGANGSPUNTEN VAN HET BEJAARDENBELEID

Met de Beleidsbrief Ouderenbeleid (1983) wordt het tot dan toe gevoerde beleid op een aantal punten herzien. Werd voorheen gekozen voor een beleid waarin de groei van het aantal voorzieningen gelijke tred zou moeten houden met de groei van het aantal bejaarden, in deze nota wordt - gelet op de precaire budgettaire situatie - van dit principe afgestapt. Volgens de Beleidsbrief zouden bezuinigingen niet noodzakelijkerwijze leiden tot een achteruitgang van het hulp-aanbod aan bejaarden, indien alternatieven binnen het professionele voorzieningenpatroon kunnen worden ontwikkeld. Alternatieven die samen zullen moeten gaan met stimulering van zelfzorg, mantelzorg en vrijwilligerswerk. De concrete en in voorbereiding zijnde bezuinigingsmaatregelen zullen volgens de overheid meer op de intramurale sector drukken en minder op de extramurale sector. Deze tendens zal zich in de toekomst continueren. Naast een verschuiving van intramurale voorzieningen naar extramurale voorzieningen wordt in de nota het belang van een grotere samenhang tussen de bestaande voorzieningen voor bejaarden bepleit. Als vervolg op bovengenoemde Beleidsbrief is de Nota Flankerend Bejaardenbeleid (1983) verschenen. Hierin wordt gestreefd naar een 'flankerend beleid', hetgeen inhoudt een betere benutting van de taken en functies van de relevante voorzieningen voor bejaarden, waarbij het accent ligt op het ondersteunen van het eigen initiatief van ouderen, van hun directe leefomgeving en van initiatieven van vrijwilligers. Doelstelling van het bejaardenbeleid van de overheid is nog steeds het zo lang en gezond mogelijk zelfstandig doen functioneren van ouderen.

Om beleidslijnen op lange termijn uit te zetten heeft het Ministerie van WVC de Scenariocommissie Vergrijzing ingesteld. Het resultaat is een nota waarin toekomstverkenningen worden gepresenteerd die onder andere ten doel hebben lange termijn-gegevens te verschaffen, die nodig zijn ter onderbouwing van de Beleidsnota Volksgezondheid 2000, die de Staatssecretaris in de loop van 1985 aan de Tweede Kamer zal aanbieden.

In het scenariorapport, dat in concept in 1984 gereed is gekomen, is onderzocht welke belangrijke (toekomstige) ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand van ouderen in Nederland in de periode 1984-2000 en welke, gezien de toekomstige gezondheidstoestand van ouderen en hun toenemend aandeel in de Nederlandse bevolking, de mogelijke patronen zijn van (gezondheids)zorgvoorzieningen in de periode 1984-2000 (STG, 1984).

Tot slot van dit hoofdstuk geven wij enige aandacht aan het beleid inzake bejaardenonderzoek. Al bij de behandeling in het parlement van de eerste Nota Bejaardenbeleid in 1970 bleek een grote behoefte te bestaan aan wetenschappelijke onderbouwing van het beleid met betrekking tot ouderen in onze samenleving. Naar aanleiding van de tweede Nota Bejaardenbeleid in 1975, stelde de minister een adviescommissie in, genaamd Planninggroep voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de ouder wordende mens. Op basis van een inventarisatie van gerontologisch onderzoek in Nederland is een programma van onderzoek opgesteld. De overheid heeft dit programma in grote lijnen overgenomen en stemde er in toe een onderzoeksprogramma van vijf jaar uit te laten voeren. Een nieuwe adviescommissie, de Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens (SOOM, 1982) kreeg de opdracht het programma op universiteiten en andere onderzoeksinstellingen te laten uitvoeren. In de groep onderzoeksthema's met de hoogste prioriteit bevinden zich zeven aandachtsvelden: voorzieningen, dementie, ouder worden en werk, vroege opsporing, geneesmiddelen, inkomen en bestedingen en intra-cellulaire veroudering.

Binnen bovengenoemde onderzoeksthema's worden en zijn onderzoekers uitgenodigd onderzoeksvorstellen in te dienen (NIG, 1984).

3. ONDERZOEK NAAR DE ZORGBEHOEFTEN VAN OUDEREN

Onderzoek naar de zorgbehoeften van ouderen is in het algemeen schaars. In veel survey-onderzoek wordt de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder niet in de steekproef opgenomen, waarbij het regelmatig voorkomt dat er geen reden wordt gegeven voor het niet opnemen van deze categorie. Een goede uitzondering vormt het Leefsituatieonderzoek 55+ uit 1976, uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Om de gegevens te actualiseren is het onderzoek in 1982 herhaald (CBS, 1984a). Het onderzoek van 1982 betreft een survey onder circa 4.600 personen van 55 jaar en ouder, voor zover niet verblijvend in inrichtingen voor gezondheidszorg. Vanwege het grote verschil in de leefsituatie wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfstandig wonende ouderen en verzorgingstehuis-bewoners. Enkele resultaten uit dit Leefsituatie-onderzoek zijn:

- vrijwel alle zelfstandig wonenden verrichten ADL-handelingen zonder moeite (ADL: algemene dagelijkse levensverrichtingen); voor de

- tehuisbewoners geldt dit in iets mindere mate; zowel voor mannen als voor vrouwen geldt dat, naarmate de leeftijd hoger is, wat minder mensen de verschillende handelingen zonder moeite verrichten; met name personen in de leeftijdsgroep 80 jaar en ouder zijn aanzienlijk minder valide dan de personen in de andere leeftijdsgroepen;
- iets meer dan de helft van de zelfstandig wonenden vindt zichzelf gezond, 30% vindt zichzelf redelijk gezond, 13% matig gezond en 5% niet gezond; tehuisbewoners voelen zich aanzienlijk minder gezond dan zelfstandig wonenden; zo noemt 26% der tehuisbewoners zichzelf matig gezond en 10% niet gezond;
 - bij validiteitsproblemen blijkt de meeste hulp te worden gegeven door de partner van de betrokkenen, gevolgd door particuliere personen van buiten de woning; in veel mindere mate wordt men geholpen door andere huisgenoten of formele hulpverleners;
 - wat betreft de hulpverlening door personen van buiten de woning, blijkt 30% van de 65+-ers wel eens hulp te krijgen van de eigen kinderen, 9% van de overige familie, 15% van buren, kennissen of vrijwilligers, 19% van een werkster, 12% van de gezinsverzorging/bejaardenhulp en 4% van de wijkverpleging; bijna driekwart van de betrokkenen vindt de hulp die ze krijgen voldoende; van de mensen wier validiteit echt slecht is, zegt circa 20% de geboden hulp niet of niet helemaal voldoende te vinden (dit geldt vooral voor alleenstaanden).

Door het NIPG/TNO (Wevers, Staats, Hoek e.a., 1985) is een onderzoek verricht naar de zelfstandigheid, de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen (65+-ers) in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onder meer is middels een postenquête de aard van de hulpvraag en hulpbehoefte gepeild. Op basis van lichamelijke en psychische klachten en de redzaamheid in de algemene dagelijkse levensverrichtingen vindt men een vrij grote groep ouderen (45%) die men hulpbehoefstig kan noemen. 79% van de respondenten wordt bij het huishouden geholpen, vaak door de partner. De huishoudelijke hulp blijkt in het algemeen niet zozeer met de zelfredzaamheid samen te hangen; 70% van degenen die zich goed redden krijgt hulp. Professionele hulp wordt aan 24% van de respondenten gegeven. Ten aanzien van de huishoudelijke verzorging bestaat nauwelijks verschil tussen de feitelijke hulp en de eventueel gewenste hulp; aan eventuele behoeften wordt kennelijk voldaan. 20% van de respondenten wordt bij de persoonlijke verzorging geholpen. Professionele hulp wordt hier zelden gegeven. Er is in dit geval een wat groter verschil tussen de feitelijke en gewenste

hulp. Vooral ten aanzien van de partner bestaat een zekere onervulde hulpbehoefte. De onderzoekers concluderen dat de onmogelijkheid om in gevallen van nood een beroep te doen op de burens of kennissen juist significant samenhangt met het hulpbehoefstig zijn.

Wat betreft de specifieke vraag van ouderen naar huisartsenzorg komen we geen recent onderzoek tegen. Ook het onderzoek dat zich expliciet richt op de behoefte van ouderen aan wijkverpleegkundige zorg is schaars. Een van de uitzonderingen vormt een onderzoek van de Technische Hogeschool Twente (Kauer-Graafmans, 1984), dat deels in de eerste lijn en deels in de tweede lijn plaats vond. In dit onderzoek naar de zorgbehoeften van ouderen werden onder andere 40 bejaarden en hun wijkverpleegkundigen geïnterviewd. Nagegaan werd of de zorgbehoefte aansluit bij het zorgaanbod en of de patiënten zich in de meest ideale situatie bevonden. Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat in de helft van de gevallen de patiënten voor de leniging van hun zorgbehoeften op een onjuiste locatie verbleven. Men was óf ten onrechte in een ziekenhuis of verpleeghuis opgenomen, óf ten onrechte onder de hoede van de eerstelijnszorg geplaatst. Daarnaast vond men dat er in de wijk grote behoefte bestaat aan psycho-sociale zorg, vooral bij alleenstaanden die geen mantelzorg meer hebben en voor hun contacten afhankelijk zijn van de wijkzuster. Verder wordt als belangrijk gemis ervaren de mogelijkheid van 24-uurszorg en de mogelijkheid van 24-uursbehandeling.

In een onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam heeft Visser (1985) vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen ondervraagd. Ouderen benadrukken als taken voor de wijkverpleging het signaleren van problemen en het voeren van gesprekken. In opdracht van de kruisverenigingen van Zeeland en Twente tenslotte, wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg in de regio's, bij een drietal categorieën, te weten: chronisch zieken, bejaarden en ex-ziekenhuispatiënten. Het eindrapport zal in de loop van 1985 bij het NIVEL verschijnen.

Ten aanzien van de behoefte aan gezinszorg krijgen we met name een beeld van plaatselijke en regionale situaties. Voor een volledig overzicht verwijzen we naar de bijdrage van Boerma in deze bundel over gezinsverzorging, Meer algemene gegevens ontlenen we onder meer aan het Sociaal en Cultureel Rapport 1980. Uit een enquête onder 6.430 hoofden van huishoudens bleek van de bejaarden 24,2% (huishoudelijk) hulpbehoefstig te zijn. Van de 65-plussers kan bijna éénderde één huishoudelijke handeling niet meer verrichten (SCP, 1980). Ook

de Omnibusenquête Gezinszorg ('s Jacob, 1982) heeft de hulpbehoefte gepeild. Door uitschakeling van tenminste één week in een jaar tijd is 20% van de onderzochte huishoudens hulpbehoefstig geweest, waarvan 18% bejaarde huishoudens.

Degenen die hulp kregen noemen vaker dan anderen ook ouderdom en handicap als oorzaak. Dat de hulp van de gezinszorg door ouderen niet altijd erg gemakkelijk wordt aangevraagd bleek reeds uit het Leefsituatie-Onderzoek 55+ (slechts 12% van de bejaarde huishoudens heeft gezinshulp).

Coolen (1982) onderzocht de samenhang tussen enerzijds gezondheids-toestand, inkomen/sociale status en beschikbaarheid van informele hulp en anderzijds het ontvangen van gezinshulp.

Uit dit onderzoek blijkt, voor zover het ouderen betreft, dat de gezinszorg vooral terecht komt bij bejaarden die alleen huishoudelijk gehandicapt zijn en minder bij hen die ernstiger belemmerd zijn. Er zijn bovendien geen aanwijzingen dat de hulp relatief meer terecht komt bij bejaarden die weinig toegang hebben tot de informele hulp.

Afsluitend vermelden we enkele nog lopende projecten.

De Capaciteitsgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg houdt zich bezig met de ontwikkeling van een model voor de behoefte aan voorzieningen voor ouderen. Het omvat de beschrijving van factoren die bij gelijke invaliditeit van ouderen leiden tot een verschillend gebruik van voorzieningen, en richt zich vervolgens op de ontwikkeling van een instrument waarmee de planning van voorzieningen voor ouderen kan plaatsvinden.

Op het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Groningen inventariseert men de meningen en wensen van ouderen over wat er met hen moet gebeuren als zij door een ernstige ziekte worden getroffen.

Het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden verricht een onderzoek naar de voedings-, drinkgewoonten en chronische ziekten bij 1.750 personen van 65-84 jaar in Zutphen. Het onderzoek heeft tot doel na te gaan welke leefgewoonten van ouderen van belang zijn voor gezond oud worden. Een tweetal andere onderzoeken richten zich op de gezondheidstoestand van ouderen op het platteland en de gezondheidsvoorzieningen aldaar (Rijksuniversiteit te Utrecht, Geografisch Instituut; Landbouw Hogeschool Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer).

Als laatste lopend onderzoek vermelden we hier het samenwerkingsproject van elf landelijk gespreide grote gemeenten, waarin nagegaan wordt welke de consequenties zijn van vergrijzing voor het algemene voorzieningenbestand en het gebruik daarvan (Vereniging van gemeen-

telijke en gewestelijke bureaus van statistiek en onderzoek, Hilversum).

4. AANBOD AAN EERSTELIJNSVOORZIENINGEN VOOR OUDEREN

Sommige voorzieningen voor ouderen zijn speciaal voor deze categorie gecreëerd, zoals het gecoördineerd bejaardenwerk, verzorgingstehuizen en geriatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen; in andere gevallen vormen ouderen weliswaar een belangrijk deel van de gebruikerspopulatie, maar zijn de voorzieningen niet speciaal voor hen in het leven geroepen. Men denke in dit verband aan de verpleeghuizen, de gezinsverzorging, het kruiswerk en de dagbehandeling in verpleeghuizen.

In deze bijdrage beperken we ons tot de eerstelijnsvoorzieningen en de informele hulpverlening aan ouderen.

Achtereenvolgens bespreken we onderzoeken op het gebied van de huisartsenzorg, de wijkverpleging, de gezins- en bejaardenzorg en de zelf- en mantelzorg.

In hoeverre genoemde voorzieningen een samenhangend geheel vormen ten behoeve van de eerstelijnszorg voor ouderen vormt het laatste aandachtspunt van dit hoofdstuk.

4.1. Huisartsenzorg

Als gevolg van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking zullen er kwalitatieve en kwantitatieve veranderingen optreden in het morbiditeitspatroon. Dit betekent dat er veranderingen te verwachten zijn in de aan de huisartsen gepresenteerde ziekten en gezondheidsstoornissen. Uit een oogpunt van gezondheidszorg(voorzieningen) zijn morbiditeitsgegevens over de oudere bevolking als indicator van groot belang. De gegevens over bij ouderen voorkomende ziekten en invaliditeiten zijn echter gebrekkig (STG, 1984). Om in bovengenoemde problematiek enig inzicht te krijgen heeft het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, aan de hand van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) bij 4 huisartspraktijken (12.000 personen), een groot aantal gegevens verzameld (Van den Hoogen, Schellekens, Schröder, e.a. 1982; Schellekens, Van den Hoogen en De Vries, 1985; Continue Morbiditeits Registratie NUHI, 1980).

Zo blijkt dat onder ouderen, over de periode 1971-1980, relatief meer morbiditeit wordt geregistreerd dan onder jongeren. Personen van zestig jaar en ouder, die bijna 15% van de totale onderzoekspopulatie vormen, nemen bijna 25% van alle morbiditeit voor hun rekening (Schellekens, Van den Hoogen en De Vries, 1985). Ook uit een onderzoek van Van Eil (1982) blijkt dat de ouderen weliswaar niet de grootste (17%) maar wel de meest intensieve patiëntengroep zijn (29% van de bestede tijd).

In het onderzoek van Schellekens (1985) is verder geconstateerd dat met de toename van de leeftijd het aantal aan de huisarts bekende aandoeningen ook toeneemt. Vooral het aantal chronische aandoeningen bij ouderen is groot (zie ook Voorn, 1983 en Lamberts, 1984), terwijl ouderen doorgaans ook ernstiger aandoeningen hebben.

Om inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen van veranderingen in de morbiditeit voor de huisartsenpraktijk van de toekomst zijn door de Nijmeegse onderzoekers een tweetal 'standaardpraktijken' geconstrueerd. Dit zijn modelpraktijken met een omvang van 2.800 personen met een leeftijds- en geslachtsverdeling die overeen komt met die van de Nederlandse bevolking. De ene standaardpraktijk heeft de opbouw zoals bekend uit cijfers van het jaar 1980. De andere standaardpraktijk heeft betrekking op het jaar 2000. De gegevens hiervoor zijn verkregen uit CBS-prognoses (middenvariant).

Allereerst is gekeken welke veranderingen er in de komende twintig jaar in de samenstelling van de praktijkpopulatie zullen optreden. Hieruit blijkt dat in de standaardpraktijk van het jaar 2000 de oudere leeftijdscategorieën sterk vertegenwoordigd zullen zijn. Bijna 31% van de praktijkpopulatie zal ouder zijn dan 50 jaar.

Deze ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend invloed op het morbiditeitspatroon. De gepresenteerde morbiditeit zal met 5% stijgen. Dit zal zich vooral uiten in een toename van het aantal bekende, merendeels chronische aandoeningen. Volgens Schellekens (1985) zou dit kunnen inhouden dat de huisarts in de komende tijd meer tijd en aandacht zal moeten besteden aan de oudere leeftijdscategorieën. Verder wordt gesteld dat de huisarts meer energie moet steken in het voorkomen of uitstellen van chronische aandoeningen.

Naast de Continue Morbiditeits Registratie van het NUHI levert het al eerder genoemde Leefsituatiesurvey 55+ van het CBS gegevens op omtrent de morbiditeit bij ouderen (CBS, 1984a). Hieruit blijkt dat er vaak sprake is van multimorbiditeit. De meest voorkomende aandoeningen zijn 'rheuma' (35% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder), 'kortademigheid' (bij 21%), 'verhoogde bloeddruk' (bij 20%) en 'duizeligheid' (bij 15%). Van de zelfstandig wonenden

van 55 jaar en ouder beschikt verreweg het grootste deel nog over een goed gezichts- en gehoorvermogen, al neemt dit met het stijgen van de leeftijd wel af, zoals te verwachten is. Bij de tehuisbewoners ligt dit een stuk ongunstiger (vermindering van het gezichtsvermogen is een belangrijk indicatiecriterium voor opname).

In hetzelfde Leefsituatie-onderzoek lezen we dat van de zelfstandig wonenden van 65 jaar en ouder 76% in het laatste peiljaar (1982) te maken heeft gehad met de huisarts; bij de tehuisbewoners ligt dit percentage op 81%.

Uit het al eerder genoemde NIPG/TNO-onderzoek naar de zelfstandigheid, de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg (Wevers, Staats, Hoek, e.a., 1985) bleek dat 11% van het totale cliëntenbestand van de huisartsen bestond uit 65-plussers. Het aantal contacten van deze groep met de huisarts bedroeg gedurende 5 maanden 17% van het totaal aantal contacten. Met name een vrij kleine groep ouderen (8,8%) nam een groot deel (40%) van de contacten met ouderen voor zijn rekening. Een groot deel (43%) van de contacten met oudere cliënten vond thuis plaats, een tijdsintensief gebeuren.

52% van de contacten met 65-plussers had als reden een controle van één of meer bekende aandoeningen; tijdens 44% van de contacten kwam de cliënt met een symptoom of klacht en in 26% van de contacten betrof dit nieuwe klachten of symptomen. De aard van de klachten/symptomen bleek zeer uiteenlopend. 21% van de patiënten van 65 jaar en ouder had klachten over het bewegingsapparaat. Ook klachten met betrekking tot de luchtwegen kwamen veel voor (17%); klachten die te maken hadden met de bloedsomloop opvallend weinig. De meest gestelde diagnoses daarentegen betroffen wel de bloedsomloop; vooral hypertensie en decompensatio cordis kwamen veel voor.

In het zelfde onderzoek is het oordeel van de huisarts over belangrijke achtergrondgegevens en over gezondheid en welbevinden vergeleken met dat van de oudere cliënt. Wat betreft de woon-, financiële- en sociale situaties blijken de oordelen van huisartsen nogal af te wijken van die van de cliënten. Opmerkelijk daarentegen is de grote overeenkomst tussen artsen en ouderen in het oordeel over gezondheid en welbevinden, alsmede over praktisch alle lichamelijke klachten. Met betrekking tot geestelijke klachten blijkt die overeenkomst echter veel geringer. Morbiditeitsgegevens met betrekking tot psychische stoornissen zijn overigens in het algemeen zeer schaars. Zo zijn epidemiologische gegevens over de verschillende typen dementie in Nederland vrijwel niet aanwezig (STG, 1984).

Op het gebied van de preventieve zorg heeft Boerma (1985) onderzoek gedaan in gezondheidscentra en groepspraktijken.

Het blijkt dat een kwart van de huisartsen in de onderzochte praktijkvormen geen extra preventieve zorg verleent aan ouderen. Iets minder dan driekwart doet dat wel, namelijk door tijdens consult of huisbezoek ook op andere dingen te letten dan waarvoor de hulp wordt ingeroepen. Een minderheid van de huisartsen neemt het initiatief tot extra preventieve zorg voor ouderen. Negen procent doet (periodiek) systematisch onderzoek bij ouderen die op het spreekuur komen. Enkele huisartsen bleken ook de ouderen die niet op het spreekuur kwamen voor een systematisch onderzoek op te roepen.

Een activiteit waarmee de huisarts, met een toenemende vergrijzende patiëntenpopulatie, steeds meer te maken krijgt is de stervensbegeleiding. Spreeuwenberg (1985) erkent dat het bieden van stervenshulp een belangrijke taak van de huisarts is, maar dat deze taak niet exclusief tot zijn terrein behoort. "Het specifieke van de huisarts is gelegen in de integratie van geneeskundige hulp met algemeen menselijke aandacht en steun" (Spreeuwenberg, 1985, p.133).

Tot slot van deze paragraaf kort aandacht voor een experiment met consultatie door medewerkers van een verpleegkliniek. Bij geriatrische patiënten blijkt het voor huisartsen doorgaans moeilijk en tijdrovend te zijn om het totaalbeeld van de problematiek zichtbaar te maken (Willemse, 1981). Aangezien een goed geoutilleerd verpleeghuis alle middelen heeft om op basis van een eenmalig consult een probleemlijst voor de huisarts op te stellen en hem daarmee van advies te dienen, heeft in Heerlen een experiment plaatsgevonden waarbij een aantal huisartsen in de gelegenheid werd gesteld bejaarden voor een eenmalig consult naar het verpleeghuis te verwijzen. Volgens Willemse kan met deze service aan de eerstelijns een vermindering van de 'kwetsbaarheid' van de patiënt verwacht worden. Het experiment moet overigens nog geëvalueerd worden.

4.2. Wijkverpleegkundige zorg

Als uitvoerende krachten zijn in de wijkverpleging, wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werkzaam. De organisatie berust bij een kruisvereniging die meestal uit één of meer basiseenheden bestaat. Zo'n eenheid bestaat op haar beurt doorgaans uit een team van één hoofdwijkverpleegkundige, ± zeven wijkverpleegkundigen (of verpleegkundigen in de wijk) en ± twee wijkziekenverzorgenden. In de

reeds eerder genoemde Beleidsbrief Ouderenbeleid (WVC, 1983) lezen we dat van de totale kosten van het kruiswerk 40% besteed wordt aan zorgverlening aan ouderen. De minimumnorm is volgens het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (VOMIL, 1981), gesteld op één wijkverpleegkundige op 3.450 inwoners. Gezien de prioriteit die de overheid geeft aan de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg bestaat het voornemen het kruiswerk jaarlijks met 4% te laten toemen. Gestreefd wordt naar een norm van één wijkverpleegkundige op 2.500 inwoners (Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1980). Bij een groeitempo van 5% zou dit haalbaar zijn in het jaar 1990 (Nationale Kruisvereniging, 1984).

In het takenpakket van de wijkverpleegkundige zijn vooral de volgende zorgsoorten van belang voor ouderen:

- **Algemeen verpleegkundige zorg:** onder meer het geven van dagelijkse wasbeurten, het voorkomen van decubitus, het verzorgen en verbinden van wonden, het geven van injecties en andere verpleegtechnische handelingen en het bieden van terminale zorg. Deze werkzaamheden worden aangeduid als het curatieve werk.
- **Specifieke zorg:** hieronder valt het bewust stimuleren van de ADL-functies, het observeren, adviseren en begeleiden van ouderen met een handicap en/of chronische ziekte.
- **Bejaardenzorg:** regelmatige begeleiding en controle van de ingeschreven bejaarden.

Deze werkzaamheden rekent men tot het preventieve werk (Nota Flankerend Bejaardenbeleid, WVC, 1983).

In 1979 heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid de resultaten van een landelijk onderzoek gepubliceerd, waarin op basis van de individuele jaarverslagen van wijkverpleegkundigen, de kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg tussen 1974 en 1977 worden weergegeven (CRV, 1979).

Het aantal wijkverpleegkundigen is in die periode nauwelijks gestegen (dit was voor de vier procent groei die in 1980 inzette; Nationale Kruisvereniging, 1984).

68,3% van de bezoeken van de wijkverpleegkundige valt binnen de categorie algemeen verpleegkundige zorg; 6,9% betreft bejaardenzorg en 5,9% specifieke zorg. Het aantal personen aan wie algemeen verpleegkundige zorg wordt verstrekt is overigens gering; slechts 8,7% van het totaal aantal personen in zorg. Bij de bejaardenzorg en de specifieke zorg gaat het respectievelijk om 11,4% en 7,7% van het totaal aantal personen in zorg.

Een groot nadeel van dit onderzoek betreft het feit dat op grond van

deze cijfers geen conclusies getrokken kunnen worden met betrekking tot het aandeel dat ouderen in het totaal van de wijkverpleegkundige zorg uitmaken, omdat de oude jaarverslagen van de wijkverpleegkundigen de leeftijd van de personen in zorg niet nader specificeren. Zo weten we bijvoorbeeld niet in hoeverre juist ouderen algemeen verpleegkundige zorg krijgen.

Een betere invalshoek om de inhoud van de zorgverlening ten behoeve van ouderen tot onderwerp van onderzoek te maken wordt geboden door het 'nieuwe' Wijk Administratie Systeem (WAS), dat vanaf 1980 geleidelijk is ingevoerd. Het WAS bestaat uit twee delen: een registratiesysteem en een rapportagesysteem. Kerkstra en Verhaak geven, in hun overzicht van onderzoek naar de wijkverpleging (elders in deze bundel), een uitvoerige beschrijving van dit nieuwe systeem. Bij dezelfde auteurs lezen we dat per 1 april 1985 door 88,8% van het totaal aantal basiseenheden het registratiesysteem en door 56,6% ook het rapportagesysteem van het WAS wordt gebruikt. Op basis van de gegevens van het WAS is echter nog nauwelijks onderzoek verricht. Een uitzondering vormt het onderzoek van Bakker-Lenderink (1983), die op grond van het WAS van 11 basiseenheden het aantal contacten en de verdeling per zorgsoort beschrijft voor de groep cliënten boven de 60 jaar. Het gemiddeld aantal contacten blijkt in de groep mensen van 80 jaar en ouder aanzienlijk hoger te zijn dan in de groep 60- tot 80-jarigen. Meer dan 40% van de boven 80-jarigen is in zorg bij de kruisvereniging. De curatieve zorg, of 'handelend verplegen', lijkt het belangrijkste. De mening die door andere hulpverleners weleens wordt uitgesproken, dat de wijkverpleegkundige meer praat dan doet wordt, aldus Bakker-Lenderink, niet door de cijfers bevestigd.

In het al eerder genoemde NIPG/TNO-onderzoek (Wevers, Staats, Hoek, e.a., 1985) is aan de hand van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundigen nagegaan wat voor feitelijke hulp gegeven wordt door de wijkverpleging. Tijdens de onderzoeksperiode (5 maanden) kregen 37 ouderen (6,7% van de onderzoekspopulatie) hulp van drie wijkverpleegkundigen. Opvallend is overigens dat de cliënten die hulp krijgen van de wijkverpleging voornamelijk 'kleinverbruikers' zijn bij de huisarts. Een overlap met de traditionele hulp van de gezinsverzorging, vindt in acht situaties plaats. De taken van de wijkverpleegkundige worden veelal gezien in de medisch verzorgende sfeer. Het is dan ook opmerkelijk dat de wijkverpleegkundigen in de hulp-categorie immateriële begeleiding de meeste werkzaamheden aangeven

(begeleiding van ziekte/handicap, eenzaamheidsproblemen). Werkzaamheden binnen de categorie 'lichamelijke en hygiënische verzorging' komen op de tweede plaats. Het blijkt dat de wijkverpleegkundigen niet zelden onzeker zijn over de grenzen van hun taak, en over de hulpbehoeften van de cliënten. In overeenstemming hiermee is het feit dat wijkverpleegkundigen herhaaldelijk hebben aangegeven dat het mogelijk en wenselijk is de zelf- en mantelzorg te intensiveren. Bij een vergelijking tussen de indicatiestelling van de wijkverpleging en het oordeel van de ouderen zelf valt op dat wijkverpleegkundigen gevoelens van eenzaamheid, die zij bij 41% van hun cliënten aangaven, nogal overraporteren in de ogen van de cliënten zelf. Dit relativiseert enigszins het belang van het immateriële begeleidingsaspect van de wijkverpleegkundige hulp aan ouderen.

De nadruk die ook de wijkverpleging geeft aan preventieve zorg voor ouderen heeft geleid tot een aantal experimenten. Zo heeft de werkgroep Bejaardenzorg van de Stichting Interkruis Zuid-Holland, in samenwerking met het toenmalige Nationaal Centrum voor Kruiswerk, zich erover beraden op welke wijze de preventieve zorgverlening aan bejaarden verbeterd zou kunnen worden. Mede dankzij de financiering door de overheid is de werkgroep in staat gesteld de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden, die zich op dit terrein begeven of willen begeven, als hulpmiddel een brochure en registratiebloc aan te bieden ten behoeve van de zorg voor de alleen achterblijvende bejaarde. De keuze is op deze groep bejaarden gevallen om de volgende redenen:

- de omvang van de groep (30.000 personen per jaar; over 4.000 wijkverpleegkundigen betekent dit gemiddeld 7 personen per jaar);
- de wetenschap dat deze groep een verhoogd risico heeft op psychosociaal-somatisch gebied;
- de reële mogelijkheid door vroegtijdige onderkenning deze risico's te verkleinen.

Het informatiepakket bestaat uit:

- een korte beschrijving van een normaal en minder normaal verlopend rouwproces;
- richtlijnen voor signaleren, adviseren en verwijzen;
- bloc met registratiekaarten waarop per bezoek een aantekening kan worden gemaakt van de opgedane indrukken (Wergroep Bejaardenzorg, 1977).

Sinds september 1975 hanteert de Kruisvereniging Roosendaal bij wijze van experiment een nieuwe methode van preventieve bejaardenzorg,

de zogenoemde verpleegkundige surveillance van ouderen. Deze methode bestaat uit twee onderdelen. In de eerste plaats wordt door de wijkverpleegkundige een preventief huisbezoek afgelegd. Aan de hand van een checklist gaat de wijkverpleegkundige na welke factoren bij de bejaarden zelf en in hun directe omgeving een zelfstandig functioneren in de weg staan (Sociaal Verpleegkundige Surveillance). Vervolgens kan de bejaarde deelnemen aan een beperkt lichamelijk onderzoek in het wijkgebouw (Medisch Verpleegkundige Surveillance).

Uit een evaluatie-onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken (Duijvestijn, 1983):

- de SVS voldoet uitstekend als middel om de ouderen zo lang en zo gezond mogelijk in de eigen thuissituatie zelfstandig te laten functioneren;
- de MVS levert minder resultaten op. De baten wegen niet tegen de kosten op;
- er heerst bij de wijkverpleegkundigen nog onduidelijkheid over enkele aspecten van de surveillance, evenals bij de bejaarden zelf;
- tussen de wijkverpleegkundigen onderling is nauwelijks overleg over gevonden signalen en de aanpak daarvan.

Op grond van deze conclusies doet Duijvestijn een aantal aanbevelingen om de surveillance te verbeteren.

Boerma (1985) vindt in zijn onderzoek naar de preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken dat de helft van de wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra weleens uit eigen initiatief oriënterende huisbezoeken afleggen, in 14% van de centra doen ze het systematisch. Een kwart vindt dit laatste een taak voor de wijkverpleegkundigen. Veel van deze bezoeken worden afgelegd bij bejaarden. Door de GG&GD in Rotterdam en door de Vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg wordt momenteel onderzoek verricht naar de behoefte aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij ouderen.

4.3. Gezinsverzorging

De gezinsverzorging wordt verleend vanuit een groot aantal plaatselijke en regionale instellingen. De uitvoerende werkzaamheden worden, afhankelijk van de benodigde hulp, verleend door gespecialiseerde gezinsverzoekers, gezins- en bejaardenverzoekers, gezins- en bejaardenhulpverleners en zogeheten alpha-hulpverleners. Boerma merkt in zijn bijdrage over de gezinsverzorging op dat deze indeling niet overal precies zo wordt aangehouden. Zo zou in de praktijk het ver-

schil tussen gezins- en bejaardenverzorgende (c.q. -helpende) niet altijd gemaakt worden.

In de Beleidsbrief Ouderenbeleid (WVC, 1983) lezen we dat van de uitgaven voor de gezinsverzorging circa 50% besteed wordt aan de hulpverlening aan ouderen van 65 jaar en ouder. Uit de laatste cijfers van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging (CRvG, 1985) blijkt dat bijna driekwart van de cliënten ouder is dan 65 jaar. De zorg voor deze categorie vraagt overigens maar 57% van het totaal aantal uren. Het CBS berekende, op grond van een schriftelijke enquête onder gesubsidieerde instellingen voor gezinsverzorging, dat per 1.000 bejaarden 81,9 gevallen van hulp verstrekt worden. Per provincie blijken hierin overigens aanzienlijke verschillen voor te komen, evenals in het aantal bestede uren per 100 inwoners (CBS, 1984b).

De taken binnen de gezinsverzorging zijn in drie categorieën te verdelen: huishoudelijke, verzorgende en begeleidende taken.

Bij de zogeheten intake wordt een eerste contact gelegd met de hulpvrager en wordt de hulpvraag 'getoetst' aan de indicatiecriteria.

Huzen en Coolen (1983) hebben in dit verband een onderzoek verricht naar de indicatiestelling bij 10 instellingen voor gezinsverzorging. Het blijkt dat er in de indicatiestelling ten aanzien van ouderen een redelijke mate van overeenstemming bestaat tussen de onderzochte instellingen, wat betreft het gehanteerde criterium 'onvermogen tot een zelfstandige huishouding'. Met betrekking tot de gebruikte procedurele regels en hulpmiddelen is er minder overeenstemming. Een landelijk onderzoek van het CBS wees in dit verband uit dat de verleende hulp niet altijd overeen komt met de indicatie. In het algemeen worden lager gekwalificeerde krachten ingezet dan geïndiceerd is. Een aanzienlijk deel van de cliëntèle (45%) heeft al drie jaar of langer hulp; dit zijn veelal bejaarden (CBS, 1982b). Uit het al eerder genoemde onderzoek van Coolen (1982) over het bereik, inhoud en gevolgen van gezinsverzorging blijkt dat de inhoud van de gezinshulp weinig meer omvat dan huishoudelijke taken en dat de sociaal begeleidende taak en de persoonlijke verzorging niet goed gerealiseerd kunnen worden gezien de beperkte hoeveelheid uren.

De al eerder genoemde omnibusenquête onder een representatieve steekproef van alle Nederlandse huishoudens (5.270) geeft inzicht in de achtergrondkenmerken van de gebruikers ('s Jacob, 1982). Het blijkt dat van de bejaarde cliënten bijna de helft alleenstaand is en ruim de helft (nog) met z'n tweeën. De bejaarde cliënten zijn laag opgeleid (75% heeft alleen lager of voortgezet lager onderwijs genoten). De hulpbehoefte is meestal ontstaan als gevolg van ouder-

dom of handicap van de huishoudvoerende en is langdurig of blijvend van aard (ruim 80% is een half jaar of langer hulpbehoevend). Bij de kwetsbaarste categorie huishoudens, de alleenstaande bejaarden, blijkt de duur van de hulpbehoefte vaak of één jaar of langer, of korter dan twee maanden ('s Jacob, 1982).

De nadruk die de overheid geeft aan nieuwe werkvormen zoals wijkbejaardenverzorging en aanpassing op het vlak van de permanente bereikbaarheid, teneinde aan de toenemende hulpvraag te kunnen voldoen, heeft geleid tot een aantal locale experimenten. Boerma bespreekt in zijn bijdrage, elders in deze bundel, de resultaten van een tweetal onderzoeken. Het eerste betreft een evaluatie van de 7x24-uurshulp in Velp, waarbij gegevens hiervoor werden verzameld in interviews met 69 bejaarde cliënten. Het tweede onderzoek heeft zich bezig gehouden met organisatorische veranderingen als gevolg van de invoering van wijkgezinsverzorging in een instelling.

Op deze plaats willen we, tenslotte, even kort stil staan bij het Algemeen Maatschappelijk Werk. Opvallend is dat in vrijwel alle onderzoekspublicaties die het AMW tot onderwerp hebben, de categorie ouderen niet voorkomt. Een uitzondering vormt het cliënten-registratiesysteem AMW van de JOINT. In de meest recente publicatie lezen we dat van het totale cliëntenbestand van 87 instellingen voor AMW, 13,7% ouder is dan 60 jaar (JOINT, 1985).

4.4. Informele hulp

Naast een verschuiving van intramurale voorzieningen naar extramurale voorzieningen benadrukt de overheid het belang van het stimuleren van zelf- en mantelzorg (WVC, 1983).

Volgens het SCP (1981) ontvangt van de huishoudens van 55 jaar en ouder die hulp nodig hebben, 45,9% alleen informele hulp (kinderen, burens, vrienden) en 31,1% gezinszorg of wijkverpleging en informele hulp. Het aantal kinderen per huishouden is echter gedaald, wat zijn weerslag zal hebben op het verstrekken van informele hulp.

Verskillende onderzoeken naar de mantelzorg van ouderen hebben inmiddels plaats gevonden waarbij als invalshoek óf de zorgvrager of de mantelzorger is genomen (o.a. Carlier, 1981; Hattinga-Verschure, 1981; Jacobs en Van der Schoot, 1982; Knipscheer, 1984).

Het Instituut voor Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie te Utrecht heeft een onderzoek verricht met als voornaamste doelstelling het maken van een inventarisatie van de zorg. Het gaat met name

om de informele of mantelzorg, die in de thuissituatie gegeven wordt aan hen die op de wachtlijst staan voor, of sinds kort zijn opgenomen in een somatisch of psychogeriatrisch ziekenhuis. Het onderzoek richtte zich vooral op die factoren die geleid hebben tot deze aanvraag. De veronderstelling hierbij was dat onvoldoende mantelzorg één van de redenen zou zijn. Het gemiddelde mantelzorg-netwerk bedraagt, inclusief de zorgvrager, slechts drie personen, wat erg weinig is voor zwaar zorgbehoevende personen om een beroep op te kunnen doen. Opvallend is dat slechts 15% van de kinderen als centrale mantelzorger wordt aangemerkt. Dat de zorgverlening frequent geschiedt blijkt uit het feit dat 65% van de zorgvragers dag en nacht hulp ontvangt. Er wordt dus veel zorg gegeven, maar deze zorg kan een loodzware last gaan vormen voor de (inwonende) mantelzorger. De 'draagkacht' van de mantelzorger lijkt dan ook een belangrijke factor bij het continueren van de zorgrelatie (Van den Brink en Van Loo, 1985).

Uit eerder verricht onderzoek blijkt dat handhaving van ouderen in eigen milieu, onder meer door het stimuleren van zelf- en mantelzorg en extramuraal professionele zorg, niet alleen afhankelijk is van lichamelijke invaliditeit en huishoudelijke zelfredzaamheid. Gezien de uitkomsten van deze studies vindt momenteel een onderzoek plaats in Geleen, met als vraagstelling welke factoren bij gelijke invaliditeit van ouderen leiden tot verschillen in het gebruik van voorzieningen (Frederiks en Bisscheroux, 1985). Er worden drie groepen vergeleken: thuiswonende ouderen met en zonder professionele hulp en ouderen die vanuit de thuissituatie in het verzorgingstehuis opgenomen zijn of op de wachtlijst staan. Enkele voorlopige bevindingen zijn:

- in alle klassen van beperkingen in validiteit en huishoudelijke zelfredzaamheid wordt professionele hulp geboden;
- het blijkt dat onder ouderen met vergelijkbare invaliditeit het gebruik van professionele hulp vaker voorkomt indien informele hulp afwezig is.

Op het Sociologisch Instituut van de Katholieke Universiteit van Nijmegen vindt momenteel een onderzoek plaats naar de factoren welke bij leden van het sociale netwerk de oordeelsvorming over de verhouding tussen draaglast en draagkracht van het thuisnetwerk beïnvloeden (Vakgroep Sociologie voor Gezin en Sociale Welzijnszorg).

Het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Nijmegen onderzoekt in hoeverre het mogelijk is door middel van interventie in de vorm van praktische hulp en psycho-sociale ondersteuning van het sociale netwerk van gedragsgestoorde ouderen, de draag-

kracht van het sociale netwerk te verbeteren of minstens gelijk te houden.

4.5. Samenhang en substitutie

Het overheidsbeleid benadrukt, zoals we zagen een betere samenwerking tussen de verschillende voorzieningen die zich met hulp aan ouderen bezig houden. Daarnaast zou er een verschuiving moeten optreden van intramurale zorg naar extramurale zorg (WVC, 1982).

Dat het met de afstemming van de diverse voorzieningen tamelijk droevig gesteld is blijkt onder meer uit een onderzoek van Van den Bos (1981). Gesignaleerd wordt een discontinuïteit en onvoldoende onderlinge afstemming in de zorgverlening, met name tussen de thuiszorg en ziekenhuiszorg en tussen de professionele zorg en de mantelzorg. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft aan dit onderwerp een vooronderzoek gewijd (De Groot, Van der Meer en Ritzen, 1981). Men vond geen aanwijzingen voor substitutie tussen intramurale en extramurale zorg voor bejaarden. In regio's met veel bejaardenoord-capaciteit werd niet noodzakelijk relatief weinig aanbod aan gezinsverzorging aangetroffen of omgekeerd.

Coolen (1980) heeft een onderzoek verricht naar substitutie-relaties tussen het aanbod aan gezinszorg en intramurale verzorgingsplaatsen, rekening houdend met het 'behoefte-niveau' (het percentage hoogbejaarden, vrouwen, alleenstaanden, tezamen de 'demografische druk' vormend). Voor de gezinszorg wordt (als enige) geen verband gevonden tussen het aanbod en de demografische druk. Ook wijst niets op substitutie; er bleek geen samenhang tussen het aanbod aan verpleeg- en verzorgingstehuisplaatsen en het aanbod aan gezinsverzorging.

In de bijdrage van Boerma vinden we dat in een paar onderzoeken aanwijzingen zijn dat de informele hulp zich geheel of gedeeltelijk terug trekt wanneer de gezinszorg zijn intrede doet.

Daarnaast zijn er ook onderzoeken waarin juist het complementaire karakter van professionele en informele hulp wordt benadrukt in plaats van de uitwisselbaarheid.

Vooralsnog mogen we concluderen dat de afstemming tussen de verschillende voorzieningen voor ouderen nog lang niet optimaal is en dat er met betrekking tot substitutie-effecten tussen vooral intramurale en extramurale voorzieningen nog weinig positieve onderzoeksresultaten te vermelden zijn.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

In dit laatste hoofdstuk zullen we enkele onderzoeksthema's bespreken waar, gelet op het voorgaande, weinig of geen aandacht aan is besteed. We hebben gezien dat, vanwege een beperking in de beschikbare financiële middelen en een groter wordende demografische druk, een herziening van het beleid ten aanzien van de zorgvoorzieningen voor bejaarden tot stand is gekomen. Uitgangspunt van het huidige overheidsbeleid vormt het streven bejaarden zo lang en gezond mogelijk in hun thuissituatie te laten verkeren. Dit moet gepaard gaan met een verschuiving van intramurale naar extramurale zorgvoorzieningen. Gestreefd wordt naar een flankerend beleid, wat neerkomt op een betere benutting van de taken en functies van de relevante voorzieningen voor bejaarden, waarbij het accent ligt op het ondersteunen van het eigen initiatief van ouderen en hun directe leefomgeving, en initiatieven van vrijwilligers. De onderzoeksthema's die nu genoemd worden zijn gebaseerd op het voorgenomen beleid en het reeds eerder verrichte onderzoek. We maken een onderscheid in onderzoek naar de zorgbehoeften van ouderen en onderzoek naar de ontwikkeling van voorzieningen rondom de thuiszorg.

Onderzoek naar de zorgbehoeften van ouderen

De genoemde verschuivingen in de zorg roepen vragen op rondom samenwerking, taakverdeling en afstemming.

Om de mogelijkheden tot substitutie te kunnen beoordelen is kennis nodig over (onder andere) de redenen waarom mensen gebruik maken van diensten van voorzieningen. Een beter inzicht in de zorgbehoefte van ouderen geeft een duidelijker beeld van de richting in welke de substitutiemogelijkheden gezocht moeten worden.

Hierbij moet ook de informele hulp (hulp door familie, burens, vrijwilligers e.d.) betrokken worden. Voor een goede samenhang tussen voorzieningen is het nodig dat er een samenhangend en op alle voorzieningen afgestemd indicatiesysteem komt. Onderzoek is dus nodig naar de condities waaraan voldaan moet worden om tot een zo juist mogelijke verdeling van hulpvragen aan voorzieningen te komen.

Hierbij past evaluatie-onderzoek naar reeds bestaande samenwerkingsvormen.

Onderzoek naar de ontwikkeling van voorzieningen rondom de thuiszorg

Binnen het flankerend beleid past de ontwikkeling van alternatieve

hulpverleningsvormen en de stimulering van zelf- en mantelzorg, naast een functioneler gebruik van bestaande voorzieningen.

De volgende onderzoeksthema's zijn in dit verband van belang:

- onderzoek naar nieuwe alternatieve vormen van hulpverlening; bijvoorbeeld de 24-uurs-bereikbaarheid van de wijkverpleging, wijkfunctie van bejaardentehuizen;
- onderzoek naar de mogelijkheden van mantelzorg;
- onderzoek naar de samenwerking tussen vrijwillige en professionele hulpverlening aan ouderen;
- onderzoek naar het klachtenpatroon van en de tijdsbesteding van de hulpverlener aan ouderen in de eerste lijn, ten behoeve van een betere behandeling en verwijzing;
- onderzoek naar het gebruik van dienstencentra.

NOTEN

1. Een overzicht van eerder verricht sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de bejaardenproblematiek is te vinden in een drietal delen van het Register van Sociaal Gerontologisch onderzoek, welke achtereenvolgens als periode 1945-1964 (KNAW, 1966), 1965-1972 (Moerniralam-van Wel, 1975) en 1973-1979 (Van Santvoort en Knippenberg, 1982) beslaan. Naar aanleiding van de laatste twee delen is ook een evaluatie-rapport verschenen, 'Onderzoek onderzocht' deel I (Moerniralam-van Wel, 1977) en deel II (Van Santvoort, 1983).

LITERATUUR

- BAKKER-LENDERINK, A. - 1983. Ouderen in kruis zorg en de gevolgen van groei en bezuinigingen: meer hulpverleners van hetzelfde of meer zorgverlening vanuit de kruisorganisatie om ouderen te helpen gezond te blijven? Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no.9, 8-11
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg

- BOS, T. VAN DEN - 1981. Chronisch zieke patiënten: de zorg van wijk-verpleegkundigen. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde. Rapport no.1
- BRINK, M. VAN DEN en E.H. VAN LOO - 1985. Mantelzorg in de thuissituatie die aan verpleeghuisopname vooraf gaat. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, no.13, 559-561
- CARLIER, E. - 1981. Zelfzorg en mantelzorg onder druk. Utrecht, Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1982a. Prognose van de bevolking van Nederland na 1980. Deel I: Uitkomsten en enkele achtergronden. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1982b. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht jaargang 4, nr. 2; cliënten van de instellingen voor gezinsverzorging: eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28 september tot en met 25 oktober 1980 gehouden onderzoek. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984a. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, 1982. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij. Deel 1A, Kerncijfers
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984b. Statistiek van de gezinsverzorging en gezinshulp, 1981. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1985. Maandstatistiek van de bevolking, 33, no.3
- COOLEN, J.A.I. - 1980. Samenhang van voorzieningen voor bejaarden. Sociologische Gids, 27, no.1, 47-66
- COOLEN, J.A.I. - 1982. Bejaarden en maatschappelijke dienstverlening: een empirische studie over bereik, inhoud en gevolgen van gezinsverzorging. Enschede, Technische Hogeschool Twente, afdeling Bestuurskunde
- CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE NUHI 1971-1978 - 1980. Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen, Universitair Huisartsen Instituut
- CRV (CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID) - 1979. Rapport inzake kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijk-verpleegkundige zorg, 1974-1977. Rijswijk
- CRvG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING) - 1985. Extra informatiebulletin nr. 19 inzake gegevens ontleend aan de subsidieberekening van de instellingen voor gezinsverzorging Utrecht

- DUYVESTIJN, T. - 1983. Project in Roosendaal wijst uit: 'Sociaal-verpleegkundige surveillance helpt preventieve bejaardenzorg realiseren'. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 11, no.2, 36-37
- EIL, P. VAN - 1982. De sociaalpsychogeriatrische dienst in ontwikkeling. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen. Doctoraal-scriptie
- FREDERIKS, C.M.A., P.F.L.A. BISSCHEROUX - 1985. Thuiszorg belemmerende factoren bij ouderen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 63, no.13, 557-558
- GROOT, H. DE, H. VAN DER MEER en J.M.M. RITZEN - 1981. Dienstverlening en gezondheidszorg; een modelmatig vooronderzoek. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau
- HATTINGA-VERSCHURE, J.C.M. - 1981. Het verschijnsel zorg. Lochem, De Tijdstroom
- HOOGEN, H.J.M. VAN DEN, J.W.G. SCHELLEKENS, P.B.M. SCHRÖDER, H.G.M. VAN DER VELDEN en TH.B. VOORN - 1982. Een onderzoek naar veranderingen in het morbiditeitspatroon in de huisartsenpraktijk als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60, no.25, 870-874
- HUZEN, Th.P. en J.A.I. COOLEN - 1983. Indicatiestelling in gezinsverzorging: een verkenning bij tien instellingen. Enschede/Utrecht, Technische Hogeschool Twente, afdeling Bestuurskunde, Centrale Raad voor de Gezinsverzorging
- JACOBS, M.P. en M. VAN DER SCHOOT - 1982. Mantelzorg voor ouderen in dagbehandeling. Utrecht, Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer
- 's JACOB, R.R. - 1982. Omnibusenquête gezinsverzorging 1981. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- JOINT - 1985. Cliëntenregistratiegegevens AMW 1984. Den Bosch
- KAUER-GRAAFMANS, F.A. - 1984. Zorgbehoeften van ouderen. Enschede, Technische Hogeschool Twente
- KNIPSCHER, C.P.M. - 1984. De familie­zorg binnen het bejaardenbeleid: stand van zaken en ontwikkelingen. Gezondheid en Samenleving, 5, no.2, 80-92
- LAMBERTS, H. - 1984. Morbidity in general practice: diagnosis related omformation from the monitoring project. Utrecht, Huisartsenpers
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE - 1970. Nota bejaardenbeleid 1970. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE - 1975. Nota bejaardenbeleid 1975. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1980. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1981. Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Leidschendam
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1982. Nota bouwstenen voor een ouderenbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983a. Beleidsbrief ouderenbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983b. Nota eerstelijnszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983c. Nota flankerend bejaardenbeleid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- NIG (NEDERLANDS INSTITUUT VOOR GERONTOLOGIE) - 1984. Onderzoeksprogramma van de Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens. Nijmegen
- NK (NATIONALE KRUISVERENIGING) - 1984. Meerjarenraming kruiswerk 1985-1988. Bunnik
- SANTVOORT, M.M. VAN - 1984. Onderzoek naar zorgvoorzieningen voor ouderen: een review. Nijmegen, Nederlands Instituut voor Gerontologie
- SCHELLEKENS, J.W.G., H.J.M. VAN DEN HOOGEN en P.E. DE VRIES - 1985. Morbiditeit nu en in de toekomst: consequenties voor de huisarts. In: De eerste lijn onderzocht, onder redactie van W.G.W. Boerma, L. hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterus, 186-193
- SCP (SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU) - 1980. Sociaal Cultureel Rapport 1980. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- SCP (SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU) - 1981. Zorgen voor later. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- SOOM (STUURGROEP ONDERZOEK OP HET TERREIN VAN DE OUDER WORDENDE MENS) - 1982. Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid. Rijswijk
- SPREEUWENBERG, C. - 1985. De taak van de huisarts bij stervende bejaarden. *Metamedica*, 64, no.2, 126-134
- STG (STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG) - 1984. Ouder worden in de toekomst: scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Leidschendam. Scenariorapport
- VISSER, G.J. - 1985. Eerste lijn in Rotterdam. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- VOORN, Th.B. - 1983. Chronische ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Dissertatie

- WERKGROEP BEJAARDENZORG (VAN DE STICHTING INTERKRUIS ZUID-HOLLAND)/
(NATIONALE KRUISVERENIGING) - 1977. Zeven bejaarden per jaar per
wijkverpleegkundige: preventieve zorgverlening aan alleen achter-
terblijvende bejaarden. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 5,
no.12, 41
- WEVERS, C.W.J., P.G.M. STAATS, F.H. HOEK, M. KASTELIJN - 1985. Oude-
ren en hulpverlening. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeven-
tieve Gezondheidszorg (NIPG-TNO)
- WILLEMS, P.M.A. - 1981. Geriatrische zorg in de huisartsenpraktijk:
het eenmalige consult. Medisch Contact, 36, no.22, 667-669

15 Eerstelijnsgezondheidszorg en etnische minderheden

R.T.J. Hamers

1.	INLEIDING	529
2.	EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN HET ALGEMEEN	530
3.	JEUGDGEZONDHEIDSZORG	534
4.	PSYCHOSOMATISCHE EN PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING	536
5.	COMMUNICATIEPROBLEMEN	539
6.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	541
	LITERATUUR	542

1. INLEIDING*

In deze bijdrage maken we de balans op van het afgesloten, lopend en voorgenomen onderzoek op het gebied van de (eerstelijns)gezondheidszorg voor etnische minderheden in Nederland. Ook worden enkele suggesties gegeven hoe - naar ons inzicht - het onderzoek op dit terrein verder ontwikkeld zou kunnen worden.

De problematiek rondom etnische minderheden en gezondheidszorg heeft het laatste decennium tot een grote hoeveelheid publicaties geleid. In aanvang waren dit vooral algemene beschouwingen van geïnteresseerde hulpverleners en antropologische getinte studies. Zo beschikken we voor het terrein van de gezondheidszorg over een aantal bibliografieën, overzichtsartikelen en boeken alsmede over speciale themanummers van vakbladen in deze sector.

We noemen in dit verband de publicaties van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders (1978, 1979, 1980); een boek over gezondheidszorg en Marokkaanse en Turkse werknemers onder redactie van Hoolboom (1981); de uitgebreide bibliografie van Schrijvers (1981); publicaties van o.a. Gunning-Schepers (1981) over de jeugdgezondheidszorg; een overzicht van Oudejans (1980) dat ook de bedrijfsgezondheidszorg dekt; het literatuuroverzicht van Van Dijk (1981) over ziekte en ziektegedrag van Marokkaanse arbeiders in Nederland; en verder enkele themanummers in de tijdschriften Medisch Contact (1977), Metamedica (1979), Maatschappelijke Gezondheidszorg (1979), Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (1980) en Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (1981).

Meer recent werd in samenwerking met het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, door het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid een literatuurstudie verricht met betrekking tot migranten en Geestelijke Gezondheidszorg (Mak en Schrameijer, 1983). Als laatste en zeer belangrijke overzichtstudie vermelden we het in opdracht van het Ministerie van WVC geschreven trendrapport 'Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg; een overzicht van ontwikkelingen in de periode 1975-1985, gebaseerd op onderzoekspublicaties' door Gründemann dat binnenkort zal verschijnen.

* Met dank aan R.W.M. Gründemann van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO voor het kritisch bekijken van een eerdere versie.

De geïnteresseerde lezer die een volledig overzicht wil hebben van de gezondheid van en gezondheidszorg voor etnische minderheden, verwijzen we naar de twee laatstgenoemde trendstudies.

Naast bovengenoemde publicaties komt de laatste jaren meer systematisch onderzoek op gang, een tendens die recentelijk nog versterkt werd door een speciale regeling die ZWO voor dit onderzoeksgebied getroffen heeft.

Het onderzoek op het gebied van gezondheidszorg voor etnische minderheden heeft zich lange tijd gecentreerd rond de positie van de buitenlandse werknemer, diens werksituatie en de rol van de bedrijfsgezondheidszorg. Momenteel is de toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorginstellingen voor minderheidsgroepen het hoofdthema van onderzoek, waarbij het accent ligt bij kinderen en jeugdigen, zowel op somatisch als psychosomatisch en psychosociaal gebied.

Nederlandse onderzoekingen met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg voor migranten hebben zich met name op de huisartsenzorg gericht. In deze studie zullen ook die onderzoekingen worden opgenomen, die weliswaar niet specifiek betrekking hebben op de 'eerste lijn', maar toch voldoende raakpunten vertonen om opname in dit overzicht te rechtvaardigen. Gelet op de fase waarin het meeste onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg voor etnische minderheden zich bevindt, geeft deze studie noodgedwongen een 'momentopname' weer.

Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen aan bod komen: onderzoek naar eerstelijnsgezondheidszorg voor etnische minderheden, jeugdgezondheidszorg (een aspect van de basis-gezondheidszorg dat voor een deel door werkers in de eerste lijn wordt uitgeoefend), psychosomatische, psychosociale problematiek en communicatieproblemen. Omdat deze thema's nauw met elkaar verweven zijn, heeft deze indeling een arbitrair karakter.

2. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG EN ETNISCHE MINDERHEDEN IN HET ALGEMEEN

We beperken ons in deze paragraaf voornamelijk tot de huisartsenzorg. Voor een volledig overzicht van alle eerstelijns hulpverlening voor migranten verwijzen we naar Gründemann.

Gelet op de centrale plaats die de **huisarts** inneemt in de Nederlandse gezondheidszorg, is het niet verwonderlijk dat op het gebied van

de gezondheid en de gezondheidszorg aan migranten relatief veel publicaties bestaan waarin aandacht wordt besteed aan de huisartsenzorg.

Er bestaan niettemin weinig cijfermatige gegevens over de mate waarin migranten een beroep doen op de diensten van de huisarts. Avezaat, Lutjenhuis, Nijhuis e.a. (1983) verichtten een beschrijvend onderzoek in een huisartsenpraktijk in de Haagse schilderswijk naar de samenstelling van de patiëntenpopulatie en de consult/bezoekfrequentie. De patiënten uit de betreffende praktijk bleken voor 45% uit Turkije, 25% uit Marokko, 13% uit Suriname en 5% uit andere landen afkomstig te zijn. De resterende 12% zijn autochtone Nederlanders. Zij stellen vast dat de migranten in de door hen onderzochte huisartspraktijk vaker op het spreekuur komen dan Nederlanders. Wil men hierover generaliseerbare uitspraken doen, zo stellen de auteurs, dan dient men hierbij leeftijds- en geslachtsverdeling van de migrantenpopulatie ten opzichte van de Nederlandse in de analyse te betrekken. Dergelijke correcties waren echter niet haalbaar in dit onderzoek. De Haan (1984) vergeleek de contacten die Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren (10-21 jaar) hadden met hun huisarts. Eerstgenoemde jongeren deden wat minder vaak een beroep op de diensten van de huisarts dan hun Nederlandse leeftijdgenoten. Het verschil was echter niet significant.

Van der Wal en Smeenk (1984) trachtten inzicht te verschaffen in een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk: een aanzienlijke migratie en een sterke oververtegenwoordiging van patiënten van 'buitenlandse' afkomst. Uit een onderzoek in de eigen praktijk bleek dat de contactfrequentie van respectievelijk recent verhuisde patiënten en van Turkse en Marokkaanse patiënten aanzienlijk hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. Op grond hiervan wordt gepleit voor een differentiëring binnen het bestaande abonnementshonorarium-systeem.

Binnen het Academisch Medisch Centrum tenslotte, wordt een onderzoek verricht naar het klachtenpatroon, diagnose-, therapie- en verwijzbeleid bij Nederlandse en allochtone patiënten in de huisartspraktijk. Eind 1985 zal hierover gepubliceerd worden.

Ook ten aanzien van de **ervaringen** van migranten met de huisartsenzorg bestaan relatief veel publicaties (zie Gründemann).

Uit een summier onderzoek naar de ervaringen van 24 Turkse vrouwen met de behandeling door hun huisarts komen de volgende aandachtspunten naar voren (Rombach, 1979):

- het overgrote deel van de geuite klachten is psychosomatisch;
- Turkse vrouwen waarvan de mannen al eerder naar het buitenland waren vertrokken, hadden ook in Turkije al een verhoogd artsenezoek, met vaak dezelfde soort klachten als zij in Nederland hebben;
- voor hun gynaecologische klachten en zeker voor het onderzoek bestaat een uitgesproken voorkeur voor een vrouwelijke arts. De gynaecologische klachten worden meestal zeer vaag gebracht, omdat men niet erg gewend is hierover te praten, zeker niet tegen een man;
- de communicatiestoornissen zijn de belangrijkste oorzaken van het falen van therapieën.

Naast taalproblemen lijken migranten veel moeite te hebben met de medische benadering van de huisarts. Dedeoglu (1980) vond dat de patiënten de huisarts wel vriendelijk vonden, maar niet kundig genoeg. Enkele kritiekpunten waren:

- er werd teveel onderzoek gedaan;
- er was geen snelle diagnosestelling;
- er bleef te veel onzekerheid bestaan;
- men nam te weinig tijd en gaf te weinig informatie. Soms vond men dat er sprake was van discriminatie.

Veel migranten geloven niet in de kracht van de medicijnen die Nederlandse huisartsen hen voorschrijven. Als oplossing voor hun problemen (met de huisarts) noemen veel migranten het inschakelen van artsen uit het eigen land (Dedeoglu 1980).

Bij een Amsterdams multidisciplinair samenwerkingsverband is een exploratief onderzoek uitgevoerd, onder andere naar werkwijzen en problemen van huisartsen en fysiotherapeuten bij de eerstelijns-hulpverlening aan Marokkaanse patiënten (Tuinier 1983). Vergeleken met de individuele huisartspraktijk biedt een samenwerkingsverband in principe betere mogelijkheden voor (optimalisering van de) eerstelijns-hulp aan Marokkanen. Uitgangspunten van de ELGZ, zoals accentuering van de eigen verantwoordelijkheid van patiënten, staan echter op gespannen voet met een optimale hulpverlening aan Marokkanen. Zo ontstaat bij hulpverleners een tegenstrijdige houding: grote ideologische betrokkenheid bij deze patiëntengroep met als tegenbeeld passiviteit van de patiënten. Afgezien van de taal- en communicatiebarrière vormen psychosomatische aandoeningen en het gevaar van somatische fixatie bij Marokkaanse patiënten nog steeds het grootste probleem.

Via de literatuur, aldus Tuinier, wordt voortdurend de eis tot 'scholing in de Marokkaanse cultuur' gesteld als voorwaarde voor verbetering van de hulpverleningspraktijk. Er is echter gebrek aan scholingsprogramma's met aantoonbaar nut.

Op basis van een literatuurstudie en gesprekken met een drietal sleutelpersonen, die werkzaam zijn op het raakvlak van buitenlanders en gezondheidszorg, komen Pool en Schreuder (1982) tot een viertal conclusies:

- er bestaat een aanzienlijke communicatiekloof tussen artsen en buitenlandse patiënten. Deze wordt veroorzaakt door taalproblemen, gebrek aan kennis en niet op elkaar aansluitende verwachtingspatronen;
- een deel van de problemen, waarmee buitenlanders ten opzichte van de gezondheidszorg kampen, wordt veroorzaakt door de maatschappelijke positie waarin zij zich bevinden;
- door buitenlanders wordt nogal eens een oneigenlijk beroep gedaan op de medische sector wanneer zij de juiste kanalen niet kennen;
- een groot deel van de oorzaken van ziekte en ziektegedrag van buitenlanders zijn structureel en niet of nauwelijks te veranderen. Wel kan voor een deel van hun problemen, met name die van maatschappelijke aard, hulp geboden worden, bijvoorbeeld door het maatschappelijk werk.

Van de kant van de huisartsenzorg zijn een aantal activiteiten ondernomen om de zorgverlening aan migranten te verbeteren (zie Gründemann).

We noemen hier het project 'psychosociale hulpverlening in de eerste lijn', dat een voortzetting vormt van het experiment van de Philips Huisartsendienst in Eindhoven. Een aantal huisartsen van de Philips Medische Dienst en een daarvoor speciaal aangetrokken Spaanse maatschappelijk werker hebben een intensieve vorm van samenwerken ontwikkeld ten behoeve van een goede eerstelijns-hulpverlening voor Spaanse migranten (Fernandez, König, Tielens, 1980). Geconstateerd wordt dat naast de taalbarrière de (in dit geval Spaanse) patiënten een ander verwachtingspatroon ten aanzien van de gezondheidszorg hebben. Zo verwacht men voor iedere klacht een andere pil of liever nog een injectie en wil men voor eenzelfde klacht graag de mening horen van verschillende specialisten. Ook wordt geconstateerd dat buitenlanders veelal met niet-medische problemen bij de arts komen. Dit betreft problemen over het werk, huisvesting, relatieproblemen etcetera. Als het probleem in medische termen geformuleerd wordt, vergroot het het gevaar van somatische fixatie.

Door een intensieve samenwerking tussen een maatschappelijk werker en huisarts, met een gemeenschappelijk intake-gesprek als belangrijk instrument, wordt getracht om deze somatische spiraal te doorbreken. Daarnaast zal in een aantal gevallen, vanwege de vaak gecompliceerde en multiconditionele bepaaldheid van de problemen intensief overleg gevoerd moeten worden met de bedrijfsgeneeskundige diensten, verzekeringsarts, personeelschef, wijkverpleegkundigen etcetera.

Het samenwerkingsexperiment, aldus Fernandez, maakt het mogelijk veel van de specifieke migrantenproblemen te signaleren, zelfstandig op te lossen binnen de eerste lijn en te voorkomen dat er een oneigenlijk en schadelijk gebruik wordt gemaakt van tweedelijnsvoorzieningen. Het succes van dit experiment was voor het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers aanleiding het project psychosociale hulpverlening op te zetten. Inmiddels is er een nota Psychosociale hulpverlening verschenen en is besloten het experiment in andere plaatsen voort te zetten (OMVB, 1982).

Naast deze min of meer officiële experimenten zijn er ook enkele plaatselijke initiatieven bekend (zie Gründemann). Het gaat hier zowel om het inschakelen van artsen uit het land van herkomst van de migrant als om speciale tolksprekuren.

3. JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Het aantal allochtone kinderen in Nederland is sinds de tweede helft van de zeventiger jaren sterk toegenomen. De jeugdgezondheidszorg wordt steeds meer geconfronteerd met de gevolgen van deze sterke toename. Systematische gegevens met betrekking tot de gezondheid van en de zorgverlening aan allochtone kinderen in het algemeen zijn echter zeer schaars (Gründemann en Hoolboom 1980).

Er zijn echter wel onderzoeken die een beeld schetsen van plaatselijke situaties (zie Gründemann).

Het NIPG/TNO heeft, op verzoek van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers, een onderzoek opgezet op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. In het onderzoek gaat het om een vergelijking tussen Turkse, Marokkaanse en Nederlandse kinderen. Er wordt aandacht besteed aan het gebruik van de voorzieningen, aan de gezondheid en aan de factoren die op het gebruik en de gezondheid van invloed kunnen zijn. De opzet voorziet in een voor- en een hoofdonderzoek.

In het vooronderzoek is de praktische uitvoerbaarheid van de onderzoeksofzet getest. Tevens is een standaardformulier voor de registratie van de gegevens ontwikkeld. De studie heeft uitgewezen dat er twee knelpunten bestaan bij de uitvoering van een dergelijk onderzoek. Het betreft het beschikbaar stellen van populatiegegevens door de gemeente en de medewerking van de plaatselijke kruisverenigingen bij de uitvoering van het onderzoek. Op basis van ervaringen in het vooronderzoek worden suggesties gedaan om de moeilijkheden in een dergelijk onderzoek te verminderen (Gründemann en Hoolboom 1982).

Het eigenlijke (hoofd)onderzoek vond plaats op consultatiebureaus in wijken met een hoge concentratie van Turken en Marokkanen in Den Haag. Ruim 90% van de kinderen stond ingeschreven bij een consultatiebureau. Voor de Turkse kinderen lag het percentage in de twee in het onderzoek betrokken geboortecohorten zelfs op 99%. Het inschrijvingspercentage van de Nederlandse groep lag het laagst (90%). Deze kinderen stonden echter vaker onder controle van de huisarts of kinderarts (Kuiper, Schlesinger-Was en Vaandrager, 1985).

Een nog lopend onderzoek bij de GG&GD te Amsterdam, afdeling jeugdgezondheidszorg richt zich op de volgende vragen:

- welke opvattingen en gedragingen hebben Turkse en Marokkaanse ouders met betrekking tot de gezondheid van hun kinderen?
- van welke gezondheidsvoorzieningen maken Turkse en Marokkaanse ouders gebruik ten behoeve van hun kinderen?
- welke behoeften hebben Turkse en Marokkaanse gezinnen op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg?
- welke opvattingen en gedragingen hebben Nederlandse artsen en verpleegkundigen met betrekking tot de gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen?
- welke behoeften hebben Nederlandse artsen en verpleegkundigen op het gebied van de gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen?
- welke factoren bevorderen of belemmeren het gebruik van gezondheidsvoorzieningen door Turkse en Marokkaanse gezinnen?

Een en ander tracht men te beantwoorden middels een kwalitatief onderzoek onder een steekproef van respectievelijk 25 Turkse en Marokkaanse gezinnen in Amsterdam, aangevuld met interviewgegevens van hulpverleners.

Op grond van een inventarisatie van studies op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en migranten concludeert Gründemann:

- "aanpassingen in de zorg om de toegankelijkheid en het gebruik te

bevorderen lijken in de zuigelingen- en kleuterzorg vaker voor te komen dan in de schoolgezondheidszorg (met name de instelling van een tolkenspreekuur). Als aanpassingen in de schoolgezondheidszorg worden in de literatuur wijzigingen in het oproepsysteem en wijzigingen in de plaats van het periodiek geneeskundig onderzoek genoemd;

- knelpunten die hulpverleners in de jeugdgezondheidszorg ervaren in contacten met migranten betreffen; de onbekendheid van migranten met de preventieve gezondheidszorg en daarmee met de jeugdgezondheidszorg; taal- en communicatieproblemen; problemen ten gevolge van cultuurverschillen en de extra tijd die de zorg aan een migrantenkind vereist;
- over de deelname van migranten aan de jeugdgezondheidszorg bestaan geen landelijke gegevens".

4. PSYCHOSOMATISCHE EN PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING

Voor een uitvoerig overzicht van de beschikbare literatuur met betrekking tot migranten en geestelijke gezondheidszorg verwijzen we naar de, reeds in de inleiding genoemde, studie van het NcGv (Mak en Schrameijer, 1983).

Het zijn blijkens de literatuur vooral psychische en psychosomatische ziekteklachten naar aanleiding waarvan frustraties van hulpverleners en hulpvragers ontstaan en aan het licht komen (Van Dijk, 1981; Van Geuns, 1982; Dedeoglu, 1980; Dorrenboom, 1982). Veel auteurs gaan in op de oorzakelijke factoren met betrekking tot ziekte van migranten. Six, Orücü en Botros (1981) geven vijf manieren waarop migratie tot problemen kan leiden:

1. Cultuurschok:

waardenconflicten en sociale desorganisatie. De intensiteit van de cultuurschok varieert met de grootte en de abruptheid van de verandering.

2. Goal-strivingstress:

men slaagt er niet in de gestelde doelen en verwachtingen te realiseren.

3. Drifthythese:

men krijgt problemen die al latent aanwezig waren voor de migratie.

4. Migratie als stress:

veranderingen door migratie leiden tot stress.

5. Nostalgisch fenomeen:

de negatieve verandering in zelfbeeld als gevolg van de migratie leidt tot vluchten in het verleden.

Een veel gehoorde opvatting is dat Marokkanen geen psychische ziekte in de Westerse betekenis van het woord er(kennen). Zij zouden psychische ziekte beleven als lichamelijke ziekte of als bezeten zijn door een demon.

Demonen veroorzaken in deze visie zowel lichamelijke als psychische ziekten (Van der Meer 1977; Creyghton, 1982). Volgens Van Mol (1983) onderscheiden Marokkanen echter wel zuiver psychische ziekten. Zij maken een zeer duidelijk onderscheid tussen gesomatiseerde psychische problemen en psychisch ziek zijn. Shadid en Koningsveld (1983) merken op dat het mogelijk is om vanuit de moderne psychiatrie Marokkaanse patiënten met psychische klachten te genezen, ook wanneer zij hun klachten uiten in de termen van hun eigen cultuur. De behandeling zal het effectiefst zijn wanneer bij de therapeut kennis van de culturele achtergrond aanwezig is, zodat het ziektebeeld van de patiënt in termen van de moderne psychiatrie kan worden vertaald.

De veelvuldig genoemde lichamelijke gerichtheid van de patiënt, maar ook de denk- en handelwijze binnen het medisch kanaal die de patiënt hierin al snel bevestigen, maken tezamen met de moeilijk op te lossen achterliggende problematiek de psychosomatische klachten veelal tot behandelingsresistent (Van Dijk 1981; Dedeoglu, 1980; Venneman, 1981; Orücü, 1982; Van Geuns, 1982). De somatische fixatie wordt sterker en de behandelingsresultaten dalen tot nul bij een langdurig bestaan van de klachten, zo bleek uit een dossieranalyse van de AVerroësstichting (Orücü, 1982).

Naast bovengenoemde publicaties, van over het algemeen beschouwende aard, komt recentelijk meer systematisch onderzoek op gang. Zo hebben Terpstra en Hahn (1985) onderzocht bij welke hulpverleners/hulpverlenende instanties Turkse en Marokkaanse jongeren terecht komen en welke ervaringen hulpverleners hebben opgedaan met de hulpverlening aan deze jongeren. Daartoe zijn in twee grote gemeenten 47 hulpverleners uit verschillende sectoren geïnterviewd. In het tweede deel van het onderzoek is aan de hand van vijftien concrete hulpverleningsgevallen nagegaan hoe de hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse jongeren verloopt, zowel uit het perspectief van de jongeren, als vanuit dat van de hulpverlener.

Uit de interviews blijkt onder andere dat RIAGG's vrijwel geen contacten hebben met Turkse en Marokkaanse jongeren. Dit blijkt ook te gelden voor algemene instellingen met een apart spreekuur voor migranten en voor categoriale hulpverleningsinstellingen. Volgens de hulpverleners is dit het gevolg van de te hoge drempels voor deze jongeren. Ook blijken deze jongeren vaak onbekend met de hulpverlening. Bovendien zou de neiging bestaan de problemen zo lang mogelijk in eigen kring op te lossen. De problemen waarmee Turkse en Marokkaanse jongeren bij de hulpverlening komen zijn zeer gevarieerd. Veel van deze jongeren zitten met praktische problemen, bijvoorbeeld betreffende hun rechtspositie. Sommige jongeren blijken problemen te hebben met hun ouders (tegen de wil van de ouders overnemen van Nederlandse gewoonten). De meeste hulpverleners hebben de ervaring dat hun contacten met Turkse en Marokkaanse jongeren soms zeer problematisch verlopen. Deze jongeren hebben vaak zeer vage verwachtingen van de hulpverlening.

Het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (NIK) heeft een explorand onderzoek uitgevoerd naar het psychosociaal functioneren van schoolkinderen van diverse etnische achtergronden, zoals gezien door de jeugdgezondheidszorg, i.c. de schoolgezondheidszorg (NIK, 1983). De gegevens die in het onderzoek werden verzameld zijn waarnemingen van 22 teams van schoolartsen en -verpleegkundigen verspreid over Nederland. De jeugdgezondheids-medewerkers blijken nauwelijks verschillen te hebben waargenomen tussen leerlingen in de onderscheiden etnische deelpopulaties. De overgrote meerderheid van de leerlingen voldoet volgens hen aan de voor hun leeftijd geldende (Nederlandse) normen voor lichamelijke en geestelijke ontwikkeling.

Tenslotte kan gewezen worden op een tweetal nog lopende onderzoekingen die meer informatie kunnen opleveren over de psychosociale problemen van en psychosociale hulpverlening aan migranten. Het gaat hier om een onderzoek van het NcGv naar de psychosociale problemen van en psychosociale hulpverlening aan verschillende groepen Surinamers in Amsterdam en Den Haag. Het onderzoek beoogt:

- inventarisatie van de hulpvraag van Surinamers op het gebied van de psychosociale problemen;
- vaststelling van de moeilijkheden bij de aanpak van de hulpvraag door de reguliere Nederlandse hulpverlening, met name in de geestelijke gezondheidszorg en de eerste lijn, met speciale aandacht voor het probleem van de contactbreuk en de kans op vroegtijdige of onterechte psychiatrisering en juridisering van de problemen;

- een eerste aanduiding van de mogelijkheden, die er al zijn of er zouden kunnen zijn, om de onder 2 genoemde moeilijkheden het hoofd te bieden en in de toekomst te voorkomen (bijvoorbeeld door consultatie, etnische consulenten of categoriale teams).

Op het NIPG-TNO wordt een onderzoek verricht naar de psychosociale problemen van Turkse adolescenten in Nederland. Aan een groep van 250 Turkse jongeren zal een gestandaardiseerde enquête worden voorgelegd. Een deel van deze groep zal een tweede keer worden benaderd voor een open gesprek aan de hand van een lijst met aandachtspunten. Doel van het onderzoek is:

- het verwerven van inzicht in aard en omvang van de psychosociale problemen die Turkse adolescenten in Nederland ervaren;
- het verzamelen van informatie over de behoefte aan en de ervaring met de psychosociale hulpverlening en de algemeen medische zorg.

5. COMMUNICATIEPROBLEMEN

Aan knelpunten die hulpverleners ervaren in hun contacten met migranten wordt in de onderzoeksliteratuur veel aandacht besteed (zie Gründemann). In eerste instantie werd dit vooral gezien als een taalbarrière, die geslecht kan worden. In vele publicaties is echter gewezen op de achterliggende cultuurverschillen die de communicatie bemoeilijken (Van Mol, 1979; Blom, 1980; Enver, 1979; Popovits, 1979; Evers, 1981; Dorrenboom, 1982).

De directe taalproblemen zijn ten dele oplosbaar door gebruik te maken van tolken of het zelf leren spreken van de taal door artsen. In 1977 zijn zes regionale tolkencentra van start gegaan. Desondanks lijkt men in de huisartsenzorg slechts in geringe mate gebruik te maken van (officiële) tolkdiensten (zie onder andere Dresmé en Besteman, 1980; Choeni en De Jongh, 1982; Boutar-Boxelaar en Burgers, 1982). Zo signaleert men dat huisartsen er nog steeds van uitgaan dat hun patiënten zelf wel iemand meebrengen. Speciaal voorlichtingsmateriaal voor migranten zou ook niet meer dan incidenteel worden ingezet (Boutar-Boxelaar e.a., 1982).

Hoekstra en Van der Meer (1977) deden onderzoek in een huisartspraktijk naar de tevredenheid over het instellen van een tolkenspreekuur. Door de aanwezigheid van de tolk konden de patiënten hun klachten beter verwoorden en kon de arts adequater hulp bieden.

In een onderzoekje onder 15 tolken werd echter gevonden dat vooral bij psychische problemen de vertalingen zelden adequaat zijn (Van der Meer, 1977). Hij verklaart dit met het niet accepteren van de plattelandscultuur door de tolken die vaak hoger opgeleid zijn en uit de stad komen. Zij willen tegenover de Nederlandse arts geen achterlijke indruk maken. Ook speelt mee dat voor sommige begrippen geen goede Nederlandse vertaling voorhanden is.

Los van de taalproblemen die de communicatie bemoeilijken, speelt het feit dat buitenlandse patiënten andere verwachtingen omtrent de gezondheidszorg koesteren gebaseerd op ervaringen in het land van herkomst (en samenhangend met een cultureel bepaald ziektegedrag) die afwijkend (kunnen) zijn van die van de (Nederlandse) arts (Neerbos, 1981; Fernandez, König en Tielens e.a., 1980)

De slechte communicatie en het wederzijds onbegrip leiden tot een neerwaartse spiraal van klachten, inadequate hulpverlening en al maar meer klachten. Fernandez, e.a. wijzen ook op de somatische spiraal die ontstaat.

Middels een schriftelijke enquête, die door 54 apothekers en 74 apothekersassistenten beantwoord werd, is getracht inzicht te krijgen in mogelijke communicatieproblemen met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek (Spruit, 1982). Uit de enquête kwam niet naar voren dat bepaalde geneesmiddelen relatief vaker aan Turken en Marokkanen verstrekt worden. 30% van de apothekers en 40% van de assistenten ondervond regelmatig communicatieproblemen, met name op het vlak van de gebruiksvorschriften voor medicijnen. Daarnaast bestaan er problemen op het gebied van de apotheek-administratie.

60% van de apothekers en 40% van de assistenten hadden aanwijzingen dat bij buitenlanders veel onzekerheden leven over medicijngebruik, dat er verkeerd gebruik voorkomt en dat dit aanleiding kan geven tot ongelukken. Toch wordt er heel weinig gebruik gemaakt van schriftelijk voorlichtingsmateriaal en communicatie-hulpmiddelen (onvoldoende motivatie bij apothekers en onvoldoende gevoelde noodzaak lijken de belangrijkste redenen daarvoor).

In opdracht van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders te Bunnik is door de Stichting Onderzoekscollectief Utrecht, een onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van cassettebanden in de gezondheidszorg bij hulpverlening aan buitenlanders (Den Braven en Oskam, 1985). Cassettebanden met informatie in de taal van de patiënt blijken zowel door de hulpverleners als de patiënt positief beoordeeld te worden. Dergelijke banden worden niet of nauwelijks gebruikt als er geen stimulering en begeleiding geboden wordt aan de

gebruikers van de banden: de hulpverleners.

Een volledig overzicht van studies gericht op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is bij Gründemann te vinden. Naar aanleiding van deze inventarisatie concludeert Gründemann dat de onderzoeken vooral inventariserend en beschrijvend van aard zijn. Bovendien is onderzoek naar de wijze waarop de migranten voorlichtingsactiviteiten beleven en ervaren schaars.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

In deze laatste paragraaf noemen we een aantal thema's waar, gelet op bovenstaand overzicht, weinig of geen aandacht aan is besteed en waar toekomstig onderzoek zich op zou kunnen richten.

Vooraf echter eerst een opmerking over de organisatie van het onderzoek. Het moge uit het voorafgaande duidelijk zijn dat tot nu toe zowel door verschillende instanties en personen uit het veld van de gezondheidszorg als door onderzoeksinstituten initiatieven zijn genomen voor het verrichten van onderzoek. De verschillende projecten dragen elk voor zich een steentje bij, maar leveren in zijn totaliteit een fragmentarisch beeld op.

De behoefte aan een engere onderlinge samenwerking en een grotere samenhang in het onderzoek wordt intussen geleidelijk aan sterker onderkend en het behoort tot de verantwoordelijkheid van het departement om hieraan mede een bijdrage te leveren (Van Etten, 1982).

Het onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg voor migranten heeft zich vooral gericht op Turken, Marokkanen en (in wat mindere mate) Surinamers. De meeste aandacht in dit verband is uitgegaan naar de jeugdgezondheidszorg (met uitzondering van de schooltandartsenzorg), gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de huisartsenzorg, de zorg met betrekking tot geboorteregend gedrag en de verloskundige zorg (Gründemann). Recentelijk zijn een aantal onderzoeken afgesloten en nieuwe geïnitieerd, die de psychosociale problemen van en hulpverlening aan migranten als onderwerp hebben.

Waar vroeger (in ieder geval vóór 1980) de (volwassen) buitenlandse werknemer, diens werksituatie en de rol van de bedrijfsgezondheidszorg centraal stond is nu de aandacht verschoven naar kinderen en jeugdigen. Het onderzoek mag zich echter niet uitsluitend richten op de problematiek van de zogenaamde tweede generatie.

Een belangrijke lacune vormt het ontbreken van landelijke gegevens

met betrekking tot de toegankelijkheid van de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en het gebruik dat migranten er van maken. Bovendien bestaat er over de mate waarin migranten gebruik maken van de apothekersdiensten en de hulpverlening door fysiotherapeuten in het geheel geen informatie. Met betrekking tot de bedrijfsgeneeskundige zorg bestaan slechts verouderde of onvolledige gegevens (Gründemann).

Naar de ervaringen van migranten met de gezondheidszorg is relatief weinig onderzoek gedaan. Ook hier zien we dat de studies zich vooral tot Turkse (en Marokkaanse) migranten beperken.

Een ander aandachtsveld wordt gevormd door wat we 'verbeteringsgericht' onderzoek kunnen noemen. Naast het signaleren van knelpunten in de toegang tot en de hulpverlening vanuit de voorzieningen, moet gezocht worden naar middelen of methoden die daadwerkelijk de kloof tussen artsen en buitenlandse patiënten verkleinen. We denken hierbij aan betere gezondheidsvoorlichting en opvoedingsmethodieken, waarbij aansluiting kan worden gezocht met het werk van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg (Bunnik).

Evaluatie-onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre een en ander daadwerkelijk bijdraagt aan de verbetering van de hulpverlening.

Evaluatie van samenwerkingsexperimenten tussen huisarts en (buitenlandse) maatschappelijk werkers (zoals Fernandez beschrijft) lijkt, zeker gezien de gesignaleerde verwevenheid van maatschappelijke, medische en psychosociale problemen, een uiterst zinvolle zaak.

Deze samenwerking zou een deel van het oneigenlijk beroep op de medische sector kunnen voorkomen en kunnen leiden tot een effectievere behandeling van de problemen van patiënten (Fernandez, König en Tielens, 1980).

LITERATUUR

- AVEZAAT, J.J.M, M.J.Th. LUTJENHUIS, H.G.J. NIJHUIS EN H.W.A. STRUBEN - 1983. Migranten en hun huisarts; een onderzoek naar de praktijkopbouw en consultatiefrequentie in een huisartsenpraktijk in de schildersbuurt. *Epidemiologisch Bulletin* 18, no. 4, 5-14
- BVGB (BUREAU VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS) - 1978. *Communicatie, voorlichting gezondheidszorg buitenlanders*. Bunnik

- BVGB (BUREAU VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS) - 1979. Het Marokkaanse en Turkse kind en de Nederlandse gezondheidszorg. Bunnik
- BVGB (BUREAU VOORLICHTING GEZONDHEIDSZORG BUITENLANDERS) - 1980. De buitenlandse patiënt. Bunnik
- BLOM, A.C. - 1980. Een voorzichtige positiebeschrijving van de Mohamedaanse werknemer. *Metamedica*, 59, no. 4, 89-94
- BOERHAAVE COMMISSIE - 1982. Cursus gezondheidszorg en Turkse en Marokkaanse migranten op 5 en 6 november 1981 en 4 en 5 maart 1982. Leiden, Rijksuniversiteit
- BOUTAR-BOXELAAR, M. en M. BURGERS - 1982. Marokkanen en Turken en de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht, Instituut voor Culturele Antropologie, Doctoraalstudie
- BRAVEN, M. DEN en T. OSKAM - 1985. Informatie via tekstband. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 63, no. 10, 429-430
- CHOENI, C.E.S. en R.J. DE JONGH - 1982. Migranten aan de beurt; een vooronderzoek naar contacten tussen migranten en functionarissen van dienstverlenende instellingen in Den Haag. Leiden, Centrum voor Onderzoek van Maatschappelijke Tegenstellingen
- CREYGHTON, M.L. - 1982. Betekenis van het ziek zijn in Noord-Afrika. In: Boerhaave Commissie, 1982
- DEDEOGLU, N. - 1980. Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders. Utrecht, Nederlands Centrum Buitenlanders
- DORRENBOOM, G. - 1982. Arts en buitenlandse werknemer. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge
- DRESME, H. en A. BESTEMAN - 1980. Onderzoek naar problemen in de hulp- en dienstverlening aan Turken en Marokkanen. Nijmegen, Instituut voor Sociale Pedagogiek en Andragogiek
- DIJK, R. VAN - 1981. Ziekte en ziektegedrag bij Marokkaanse arbeiders in Nederland: een terreinverkenning. Hilversum, Jongeren Advies Centrum/'t Gooi
- ENVER, Y. - 1979. Turkse werknemers en de Nederlandse gezondheidszorg: een terreinverkenning. Amsterdam, Katholieke Sociale Academie "De Aemstelhorn". Werkstuk ter afsluiting van de kaderopleiding
- ETTEN, G.M. VAN - 1982. Onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg voor etnische minderheden: stand van zaken en toekomstperspectief. In: Verslagboek symposium 'Gezondheidszorg voor etnische minderheden'. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
- EVERS, E. - 1981. Zijn geest is hier en zijn lichaam daar. *Klisma*, no. 8, 22-26

- FERNANDEZ, R., F. KONIG en V. TIELENS - 1980. Eerstelijns hulpverlening voor buitenlandse werknemers en hun gezinnen. Medisch Contact, 35, no. 20, 613-617
- GEUNS, H.A. VAN - 1982. Knelpunten in de medische verzorging. In: Boerhaave Commissie, 1982
- GRÜNDEMANN, R.W.M. en H. HOOLBOOM - 1980. Mediterrane kinderen in Nederland: een oriëntatie in de literatuur. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
- GRÜNDEMANN, R.W.M. en H. HOOLBOOM - 1982. Turkse en Marokkaanse zui-gelingen en kleuters in de jeugdgezondheidszorg: verslag van een vooronderzoek. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Ge-zondheidszorg
- GRÜNDEMANN, R.W.M. - Binnenkort te verschijnen. Migranten, gezond-heid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg: een over-zicht van ontwikkelingen in de periode 1975-1985, gebaseerd op onderzoeksgegevens. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventie-ve Gezondheidszorg
- GUNNING-SCHEPERS, L. - 1981. Kleuterbureaus voor multiculturele groepen in Amsterdam: deelname aan het vaccinatie- en gehoor-screeningsprogramma door Nederlandse en buitenlandse kinderen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 59, no. 13, 471-477
- HAAN, M. DE - 1984. Turkse, Marokkaanse en Nederlandse jongeren in een Amsterdamse huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, 27 no. 10, 345-348
- HOEKSTRA, M. en R. VAN DER MEER - 1977. Turkse patiënten: een onder-zoek in een huisartsenpraktijk. Voorschoten. Scriptie
- HOOLBOOM, H. - 1981. Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers: Turken en Marokkanen. Alphen a/d Rijn, Stafleu
- HOOLBOOM, H. - 1982. Mogelijkheden van bedrijfsgeneeskundige bege-leiding. In: Boerhaave Commissie, 1982
- KUIPER, C.M., E.A. SCHLESINGER-WAS en G.J. VAANDRAGER - 1985. Onder-zoek naar het gebruik van voorzieningen in de jeugdgezondheids-zorg (0-4 jaar) door Turken en Marokkanen. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
- MAK, G. en F. SCHRAMEIJER - 1983. Migranten en geestelijke gezond-heidszorg: een literatuurstudie. Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
- MEER, Ph.J. VAN DER - 1977. Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen. Medisch Contact, 32, no. 16, 503-505
- MOL, M. VAN - 1979. De consulent als hulpverlener van buitenlandse patiënten in het ziekenhuis. Metamedica, 58, no. 1, 13-19

- MOL, M. VAN - 1983. Een poging tot classificatie van ziekte bij Marokkaanse gastarbeiders. In: Shadid, W.A.R. en P.S. Koningsveld, 1983
- NIK (NEDERLANDS INSTITUUT VOOR KINDERSTUDIE) - 1983. Meer of minder verschil; het psycho-sociaal functioneren van schoolkinderen van diverse etnische achtergronden, zoals gezien door de jeugdgezondheidszorg. 's-Gravenhage
- NEERBOS, Th. VAN - 1981. Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: buitenlanders en de gezondheidszorg in Nederland. Medisch Contact 36, no. 13, 381-389
- OMVB (OVERLEGORGAAN MEDISCHE VERZORGING BUITENLANDSE WERKNEMERS) - 1982. Nota psycho-sociale hulpverlening aan etnische minderheden. Leidschendam
- ORÜCÜ, H. - 1982. Psycho-somatische klachten. In: Boerhaave commissie, 1982
- OUDEJANS, N.U. - 1980. Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg voor buitenlanders. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 58 Supplement, 146-150
- POOL, J. en H. SCHREUDER - 1982. De buitenlandse patiënt in de Nederlandse gezondheidszorg: een oriëntatie: Amsterdam, Vrije Universiteit, Faculteit der Geneeskunde. Vakgroep Gedragswetenschappen
- POPOVITS, M. - 1979. Nederlandse gezondheidszorg voor buitenlanders: U een zorg? Metamedica, 58 no. 1, 20-23
- ROMBACH, M. - 1979. Turkse vrouwen over het contact met hun huisarts. Amsterdam, Vrije Universiteit, Huisartseninstituut
- SCHRIJVERS, A. - 1981. Documentatie hulpverlening en (geestelijke) gezondheidszorg etnische bevolkingsgroepen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 36 no. 7/8, 694-703
- SHADID, W.A.R. en P.S. VAN KONINGSVELD - 1983. Minderheden hulpverlening en gezondheidszorg: achtergrondinformatie ten behoeve van de zorg voor moslimse migranten. Assen, Van Gorcum
- SIX, M.H., H. ORÜCÜ en A. BOTROS - 1981. Migratie en geestelijke volksgezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 36, no. 7/8, 645-655
- SPRUIT, I.P. - 1982. Communicatie met Turkse en Marokkaanse patiënten in de apotheek: verslag van een onderzoek. Bunnik, Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders
- TERPSTRA, J. en A. HAHN - 1985. Een problematische ontmoeting. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- TUINIER, A. - 1983. Eerste hulp bij Marokkanen: een vooronderzoek naar de medisch-fysiotherapeutische en sociaal-juridische hulp-

- verlening aan Marokkaanse cliënten. Amsterdam, Onderzoeksplatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijnsdienstverlening
- VENNEMAN, W. - 1981. Ervaringen van een Amsterdamse huisarts. In: Hoolboom, H., 1981
- WAL, G. VAN DER en R.C.J. SMEENK - 1984. De werkelijkheid nader bekeken: een poging tot kwantificering van een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 9, 309-310

16 Klachten, ziekten en doodsoorzaken

A.I.M. Bartelds

1.	INLEIDING	549
2.	KLACHTEN	549
3.	ZIEKTEN	553
	3.1. Inleiding	553
	3.2. 'Diagnosen' kunnen meer zeggen over de huisarts dan over de patiënt	554
	3.3. 'Hitlijsten' in de huisartsgeneeskunde	555
4.	STERFTE	563
	4.1. Korte gedachtenbepaling	563
	4.2. Getallen betreffende sterfte	564
	4.3. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek	567
	4.4. Sterven thuis of in het ziekenhuis	570
	LITERATUUR	574

1. INLEIDING

Dit hoofdstuk gaat vooral over de aard van klachten en ziekten die mensen ervaren, aan hun huisarts presenteren en waaraan ze (uiteindelijk) sterven. Wat dat laatste betreft is de uitspraak van toepassing 'zeg mij hoe de mensen sterven en ik zeg U hoe zij hebben geleefd'. Al is het aantal overlijdensgevallen in een huisartspraktijk gering te noemen, toch besteden wij vrij veel aandacht aan doodsoorzaken en overlijdensgevallen in de huisartspraktijk.

Over het veel onschuldiger verband tussen het ervaren van lichamenlijk ongemak en het presenteren van klachten of ziekteverschijnselen aan de huisarts is in Nederland weinig onderzoek gedaan; weinig althans waar een direct verband tussen beide wordt gelegd. Er is onderzoek naar klachten, er is onderzoek naar morbiditeit in de huisartspraktijk, maar sinds Folmer in 1968 in Noord Noorwegen onder de toepasselijke titel 'Huisarts en IJsberg' de klachten voor zijn over een groot oppervlak verspreide patiënten vergeleek met hun morbiditeitspatroon, is in Nederland dit onderwerp slechts zelden onderwerp van onderzoek geweest.

Een van de problemen bij dergelijk onderzoek is de kloof die in denkwereld en terminologie bestaat tussen degene die zich niet wel voelt en degene die moet vaststellen wat er medisch gesproken aan de hand is. Het integreren van deze twee zienswijzen in één onderzoek vergt nogal wat van de inventiviteit van de onderzoekers en van de elasticiteit van de gebruikte classificatiesystemen. De opzet van dit hoofdstuk gaat volgens de sequentie ervaren klachten, gepresenteerde morbiditeit en eindigt met een paragraaf over doodsoorzaken en overlijdensgevallen in de huisartspraktijk.

2. KLACHTEN

Hoewel een stroming als 'methodisch werken' veel aandacht besteedt aan de klachten van patiënten en huisartsen leert alert te zijn op factoren die van invloed zijn op de presentatie van **deze** klacht op **dit** moment, is voor huisartsen de door patiënten gepresenteerde klacht slechts één (en soms zelfs een misleidende) factor die zijn oordeel over de situatie bepaalt (Van der Werf, 1984).

Wel zijn huisartsen zich sinds de publicaties van Folmer (1968), Van

der Velden (1971, over klachten en gepresenteerde morbiditeit bij huisvrouwen), Moll van Charante (1978) en Van der Ploeg (1980) bewust van het feit dat 'klachten' een dubbelzinnig karakter hebben. Enerzijds verwijzen klachten naar lichamelijk onwelbevinden en naar mogelijke aandoeningen, anderzijds zijn ze dikwijls ook een indicatie voor geestelijke spanningen en stress. Van der Zee (1982) behandelt de dubbelzinnigheid van 'lichamelijke klachten' en wijst erop dat ongeacht de 'herkomst' van de klacht (lichamelijk, geestelijk) het 'klagen-op-uitnodiging'¹ een belangrijke determinant is van een bezoek aan de huisarts. Die moet dan maar weer zien of en hoe hij de klachten duidt.

Het meeste onderzoek bestudeert, zoals gezegd, hetzij klachten, hetzij in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit. Een uitzondering vormt het onderzoek van Huygen, Van den Hoogen en Neefs (1983). In een goed geregistreerde praktijk, waarin de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit al vele jaren systematisch werd bijgehouden, werden 210 gezinnen (843 personen) geselecteerd, aan wie gedurende 4x14 dagen schriftelijke vragenlijsten zijn voorgelegd waarin de subjectieve gezondheidsbeleving, de neiging om bepaalde actie bij klachten te ondernemen en zich als patiënt te gedragen (onder andere) werd gevraagd. Door vergelijking van de aldus gevonden klachten met de door de huisarts vastgestelde morbiditeit, kon niet alleen de discrepantie tussen beide verschijnselen worden vastgesteld, maar kon ook een begin worden gemaakt met een verklaring van de individuele en gezinsvariaties in geneigdheid om bij klachten de huisarts te raadplegen.

Van de Lisdonk (1985) volgt in beginsel dezelfde weg. Hij laat echter gedurende 1 maand gebruik maken van dagboeken in plaats van tweewekelijkse vragenlijsten. Ook hij bestudeert het 'IJsbergfenomeen'.

Zowel bij Huygen e.a. als bij Van de Lisdonk blijkt dat weinig mensen klachtenvrij zijn. Bij Huygen 1 op de 20 en bij Van de Lisdonk een op de zeven; de periode waarover Huygen e.a. rapporteren is echter tweemaal zo lang en Van de Lisdonk stratificeerde zijn steekproef naar het gebruik dat van de diensten van de huisarts werd gemaakt. Beide cijfers zijn dus niet goed vergelijkbaar.

Huygen e.a. vonden dat slechts voor één op de tien klachten medische hulp werd ingeroepen.

Een overzicht van de twaalf meest voorkomende klachten is weergegeven in tabel 1 (zie volgende pagina).

Tabel 1: de 12 meest voorkomende klachten van de respondenten in procenten (N=857)

	Ja
hebt U vaak last van de voeten of benen bij langdurig staan?	36,7 (42,1)*
voelt U zich zenuwachtig of gejaagd?	33,7 (46,9)
piekert U veel?	26,7 (24,4)
vindt U zichzelf te dik of te zwaar?	25,5 (34,8)
bent U gauw moe bij inspanning	24,8 (32,9)
hebt U nogal eens gauw last van spierpijn? (ook stijve nek?)	24,0 (33,2)
hebt U vaak last van verkoudheid?	20,2 (14,9)
voelt U zich vaak slap, moe, hangerig?	20,2 (25,4)
hebt U vaak last van puistjes? (ook jeugdpuistjes)	19,1 (5 1)
hebt U vaak rugklachten?	19,0 (28,7)
hebt U vaak last van hoofdpijn?	18,7 (23,0)
voelt U zich gauw terneergeslagen of lusteloos?	18,0 (20,9)

* Percentages positieve antwoorden op vergelijkbare vragen uit het onderzoek van Jessen e.a., 1974.

Bron: Huygen, Van den Hoogen en Neefs, 1983.

In 1974 is door Jessen e.a. een zelfde soort vragenlijst afgenomen onder een steekproef uit de Nederlandse bevolking - de door hem gevonden resultaten staan tussen haakjes vermeld. Huygen e.a. maken melding van het feit dat in onderzoek in Engeland en de V.S. soortgelijke resultaten zijn gevonden. In de studie van Van de Lisdonk (1985) komen klachten over het bewegingsapparaat op de eerste plaats (23%), dan psychische ziekten en psychische stoornissen (21%), dan ziekten van de bovenste luchtwegen (14%), tractus digestivus (13%), tractus urogenitalis (8%), huid- en onderhuidsbindweefsel (5%) etc. Per hoofdgroep worden de klachten verder uitgesplitst. Van de Lisdonk geeft ook een 'top tien'.

Door Huygen e.a. werd per klacht de mate van ernst en hinder vastgesteld en werd gevraagd naar zelfmedicatie en het raadplegen van een arts; bij sommige klachten wordt vooral zelfmedicatie toegepast (hoofdpijn bijvoorbeeld), terwijl voor verwondingen ook in gevallen

Tabel 2: de meest voorkomende klachten onder de bevolking volgens Van de Lisdonk

1. myalgieën	45%
2. hoofdpijn	34%
3. verkoudheid	24%
4. buikpijn	18%
5. menstruatiepijn	10%
6. moeheid	8%
7. kleine ongevallen	8%
8. nerveus-functionele klachten	7%
9. dermatites, eczeem	4%
10. braken en/of diarree	4%

Bron: Van de Lisdonk, 1985

van 'enige' in plaats van 'ernstige' hinder de arts wordt geraadpleegd. Bij zenuwachtigheid, gejaagdheid en bij buikpijn wordt naar verhouding de arts wat vaker geraadpleegd. Van de Lisdonk vindt vooral zelfmedicatie bij hoofdpijn en verkoudheden en een verhouding van zelfmedicatie tot medicatie op doktersadvies van ongeveer 2 staat tot 1.

Vermeldenswaard is nog dat Huygen e.a. vaststellen dat ook bij die klachten waarvan artsen vinden dat nader medisch onderzoek gewenst is, slechts in 12% van de gevallen medische hulp werd gezocht - alleen bij de klacht 'bloedplassen' was de reactie adequaat - bij 'heesheid' echter reageerde slechts 8% met een bezoek aan een arts. Van de Lisdonk geeft de verhouding tussen onwelbevinden en doktersbezoek in een diagram weer. De mensen uit zijn onderzoek vulden bij elkaar genomen 7.375 dagen hun dagboek in en rapporteerden daarvan 2.423 (i.e. 33%) dagen met klachten. Slechts 57 consultaties, minder dan 1 procent van het totaal, waren hiervan het gevolg. Hierbij moet men bedenken dat in Van de Lisdonk's onderzoek patiënten met een hoge medische consumptie ietwat oververtegenwoordigd zijn.

Men moet eveneens bedenken dat het zowel in Huygen's als in Van de Lisdonk's onderzoek om bijzondere en goed registrerende praktijken gaat, met een waarschijnlijk betrekkelijk goed bekende morbiditeit. Generalisatie van de gegevens is tamelijk dubieus; uit ander onderzoek (Lamberts, 1981, Van der Zee, 1982) is immers bekend dat; er een grote interdokter- en interpraktijkvariatie bestaat in aard en omvang van de medische consumptie.

Van de Lisdonk vindt overigens in zijn vier praktijken minder verschillen. Eén praktijk springt er een beetje uit in die zin dat vaker door de patiënten de huisarts wordt geconsulteerd en dat ook wat hogere verwachtingen ten aanzien van de medische hulp worden geformuleerd.

Generalisatie van Huygen's resultaten zou bovendien beïnvloed kunnen worden door dat de materiaalverzameling niet erg recent is, zo zou de sterke toename van fysiotherapeutische hulp in de laatste jaren de bij myalgieën ondernomen acties beïnvloed kunnen hebben.

Deze en andere kritische kanttekeningen vormen echter vooral een pleidooi om dergelijk onderzoek op grotere schaal te herhalen. Naast de continue publicatie van gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête (zie onder andere Van den Berg, 1983), waaruit ook een top-10 van klachten te construeren is², levert informatie uit de huisartspraktijk inzicht in de factoren die het contact met de huisarts, gegeven aard en niveau van de klachten, belemmeren of bevorderen.

Huygen e.a. doen in hun onderzoek een poging tot verklaring; zij proberen voor de verschillende gezinsleden in hun bestand (vaders, moeders, meisjes en jongens) factoren op te sporen die van invloed zijn op de neiging de huisarts te raadplegen bij onwelbevinden. Zij vinden dat vooral geneigdheid tot het uiten van klachten door de moeder voor meisjes belangrijker is dan de eigen klaaggeneigdheid. Voor jongens is de invloed van de moeder maar net iets geringer dan de eigen geneigdheid. Deze bevinding is van groot belang voor het inzicht in de vraag waar belangrijke verschillen in geneigdheid tot raadplegen hun oorsprong hebben. Van de Lisdonk's onderzoek bevestigt het in sterke mate gezinsgebonden zijn van de geneigdheid tot het zoeken van hulp. Vooral de verwachting die men heeft ten aanzien van de medische hulp bij gewone klachten bleek het besluit om de huisarts te bezoeken te beïnvloeden.

3. ZIEKTEN

3.1. Inleiding

Over morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk verscheen bij gelegenheid van het 25-jarig bestaan van Huisarts en Wetenschap een historisch overzicht geschreven door Van Veen (1982).

Hij beschrijft daarin een drietal fasen. De initiatieffase werd ge-

kenmerkt door het maken van verschillende plannen, veelal door Britse voorbeelden geïnspireerd. In de tweede fase werd een van de plannen daadwerkelijk uitgevoerd: het Intermitterend Morbiditeits Onderzoek in 32 huisartspraktijken en een continue registratie in vijf van deze 32 praktijken. De resultaten ervan werden gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap en als proefschrift 'Morbiditeit in de huisartspraktijk (Oliemans, 1969).

Inmiddels schrijven we dan het begin van de jaren zeventig. Een aantal activiteiten start dan min of meer op hetzelfde moment: in Nijmegen de CMR (Continue Morbiditeits Registratie) in vier praktijken en in Rotterdam in de groepspraktijk Ommoord eveneens in vier praktijken de registratie gedurende een jaar. In enkele grote steden ontstonden plaatselijke peilstationsprojecten (Rotterdam, 's-Gravenhage en Amsterdam) en in samenwerking tussen de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Nederlands Huisartsen Instituut werd een landelijk netwerk van peilstations opgezet, waarin ongeveer 50 huisartspraktijken participeren.

Deze verschillende projecten hebben naast informatie over de morbiditeit in de huisartspraktijk inzichten opgeleverd over het functioneren van huisartsen in relatie met patiënten. Hoewel opzet van deze paragraaf is 'de morbiditeit' in de huisartspraktijk te beschrijven, kunnen deze inzichten in het functioneren van huisartsen, juist omdat zij een relatie hebben met de vastgestelde morbiditeit, niet onbesproken blijven.

3.2. 'Diagnosen' kunnen meer zeggen over de huisarts dan over de patiënt

Een beschouwing over resultaten van morbiditeitsonderzoek dient uiteraard aandacht te besteden aan de classificaties die bij die onderzoeken gehanteerd zijn. In de inleiding tot dit hoofdstuk is een aantal registratieprojecten genoemd. Het is geen toeval dat in deze projecten met verschillende classificatiesystemen is gewerkt. Ten tijde van de start ervan woedde de discussie over hoe een voor de huisarts aanvaardbaar classificatiesysteem opgebouwd zou moeten zijn. De International Classification of Diseases (ICD) bleek in de huisartspraktijk niet goed hanteerbaar. Het Royal College of General Practitioners ontwierp een aangepaste lijst, de zogenaamde E-lijst. Deze E-lijst werd in aangepaste versies gebruikt in Nederlandse registratieprojecten. Inmiddels werd onder auspiciën van de internationale huisartsenorganisatie WONCA gewerkt aan een nieuwe

classificatie van de gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk, in 1983 uitmondend in de vaststelling van de International Classifications of Health Problems in Primary Care-2 Defined. Deze classificatie werd in het door Lamberts opgezette Monotoring-project gebruikt. Ondanks of juist misschien mede dankzij deze classificatieverschillen treft men, als huisartsen de door hen waargenomen ziekten en problemen proberen te classificeren, telkens weer het probleem van de zogenaamde interdoktervariantie aan. Zelfs wanneer men binnen een registratieproject nauwkeurig omschrijft wat door de huisartsen geregistreerd moet worden en veel tijd besteedt aan het op elkaar afstemmen van definities en omschrijvingen, dan nog blijft het probleem bestaan (Van Eijk, 1979; Crombie en Van der Zee, 1984). Anders gezegd, er is niet enkel sprake van het op uniforme wijze rubriceren van de morbiditeit in een classificatiesysteem en het vervolgens turven daarvan. Met name Lamberts heeft in zijn publicaties gewezen op de invloeden van de 'labeling' door de huisarts van aangeboden problematiek en de interactie tussen patiënt en huisarts op de registratie door de huisarts.

Uit het vorige hoofdstuk is al duidelijk geworden hoe zeldzaam de raadpleging van een huisarts voor een ervaren onwelbevinden eigenlijk is. Voegt men daarbij de dikwijls nog onopgehelderde elementen in de wijze waarop huisartsen de hen aangeboden problematiek in medische termen vertalen, dan zij men gewaarschuwd voor de interpretatie van morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk. Zeker mag men geen uitspraken doen over 'ziekte onder de **bevolking**'; in ieder geval niet met betrekking tot klachten van voorbijgaande aard, en met betrekking tot chronische aandoeningen slechts als een registratie zorgvuldig is opgezet en reeds langer 'loopt'.

3.3. 'Hitlijsten' in de huisartsgeneeskunde

Met het verschijnen van de uitgave 'Gewone Ziekten' (NUHI, 1980) deed zich voor Nederland een nieuw fenomeen voor: er verschenen overzichten van de meest frequente aandoeningen die door huisartsen werden geregistreerd. De gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie NUHI over de jaren 1971-1978 zijn door de Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk geordend en gereed gemaakt voor publicatie. De gegevens zijn geordend naar frequentie van voorkomen, dit wil zeggen aangeboden aan de huisarts, en naar een aantal kenmerken van de individuen: leeftijd, geslacht en 'sociale laag'. Van de aandoeningen is vastgelegd of het een 'bekende' aandoening be-

treft, dat wil zeggen reeds onder de aandacht bij aanvang van een registratiejaar, dan wel een nieuwe aandoening. Daar het een continue morbiditeitsregistratie betreft zijn ook de invloeden van seizoenen na te gaan.

Het langlopende karakter van deze registratie vormt, naast de nauwgezetheid waarmee het project is opgezet en al langere tijd wordt uitgevoerd, een belangrijk element in de waardering van de betrouwbaarheid van de gegevens.

Het classificatiesysteem dat wordt gehanteerd is een aangepaste versie van de E-lijst, vastgelegd in een handleiding. Daarmee is gekozen voor de vastlegging van diagnoses en van zoveel mogelijk tot diagnoses herleidbare klachten en symptomen en voor een niet al te precieze specificatie van nerveus-functionele klachten (hier treft men het voornaamste verschil tussen de E-lijst en de WONCA-ICHPPC-2 classificatie). Binnen het project bestaat een procedure ter correctie van aanvankelijk onduidelijke of foutieve diagnoses

Achtereenvolgens worden de tabellen gegeven voor de 20 meest frequente nieuwe en bestaande aandoeningen over de periode 1971-1978 per 1000 mannen per jaar (tabel 3) en per 1.000 vrouwen per jaar (tabel 4).

De aandoeningen die op de 21^{ste} positie staan zijn vermeld aangezien de positie van de 'diagnose' adipositas recent ter discussie is komen te staan (Gezondheidsraad, Advies inzake Adipositas 1984). Het consequent toepassen van de norm voor adipositas (Quetelet-index ₃₀) zou de prevalentie van deze aandoening in elk geval halveren en wellicht zelfs verder verlagen (Lamberts, 1984).

Wordt een dergelijke lijst van 20 meest frequente aandoeningen in de huisartspraktijk opgesteld op basis van de gegevens uit het Monitoring Project (Lamberts, 1984) dan is de overeenkomst tussen beide lijsten wel aanwezig doch niet volmaakt (zie tabel 5). Een van de redenen daarvan is gelegen in het hanteren van een andere classificatie, te weten de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2) in het Monitoring Project. In dit project wordt de volgende top-20 gevonden (zie tabel 5).

Op een aantal interessante verschillen na is in wezen dit beeld van de inhoud van het werk van de huisarts niet anders dan het beeld verkregen uit de gegevens van de CMR. Zo komt in het Monitoring Project de diagnose tonsillitis acuta niet bij de eerste 20 aandoeningen voor, evenmin de slechthorendheid. Wel bereikt het probleem bijwerkingen van medicijnen lege artis toegediend, een 19^e plaats op de

Tabel 3: voor **mannen**. Nieuwe en bekende aandoeningen in de periode 1971-1978 gepresenteerd in een viertal huisartspraktijken

aandoening	freq/1000
verkoudheid	153
nerveus-functionele klachten	119+31=140*
kleine verwonding	127
verkoudheid met koorts/'griep'	116
myalgie en dergelijke	101
adipositas	58+15= 83*
tonsillitis acuta	71
bronchitis acuta	49
gastro enteritis acuta	44
hypertensie	33
cerumen	32
otitis media acuta	30
niet beroeps dermatitis	29
chronische bronchitis	28
artrose	22
slechthorendheid	22
cellulitis (zonder lymfangitis)	21
distorsie	19
conjunctivitis	17
angina pectoris	15
oxyuriasis	15

* De nerveus-functionele klachten en adipositas komen zowel in de lijst van nieuwe en bekende aandoeningen voor, de frequentie ervan is de som van beide afzonderlijke frequenties.

Bron: Gewone ziekten, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

ranglijst en opvallend is ook dat 'slechts' één symptoom als hoesten op de lijst voorkomt. De diverse 'nerveus-functionele' klachten in de CMR worden in het Monitoring Project uitgesplitst. Lamberts vindt na het doen van een factoranalyse op de correlaties tussen 25 variabelen per diagnose een totaal van acht factoren waarvan hij vier het beste de inhoud van het werk van de huisarts vindt benaderen (verklaarde variantie 52.6%).

Tabel 4: voor **vrouwen**. Nieuwe en bekende aandoeningen in de periode 1971-1978 gepresenteerd in een viertal huisartspraktijken

aandoening	freq/1000
nerveus-functionele klachten	251 (184+70)*
verkoudheid	184
adipositas	144 (118+26)*
verkoudheid met koorts/'griep'	127
myalgie en dergelijke	107
tonsillitis acuta	84
kleine verwonding	78
hypertensie	77
varices	67
urinewegsinfectie	66
vaginitis	50
niet beroeps dermatitis	43
gastro-enteritis acuta	43
artrose	42
bronchitis acuta	38
cerumen	34
otitis media acuta	27
oxyuriasis	20
slechthorendheid	20
diabetes mellitus**	17

* De nerveus-functionele klachten en adipositas komen zowel voor in de lijst van nieuwe en bekende aandoeningen voor, de frequentie ervan is de som van beide afzonderlijke frequenties.

** ex aequo met diabetes met een frequentie van 17/1000 staan eczeem, verruca, cellulitis (zonder lymfangitis) conjunctivitis en sinusitis acuta.

Bron: Gewone ziekten. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

De eerste factor is die van de chronische aandoeningen. Het betreft de oudere patiënten met frequente contacten met de huisarts (veelal herhalingscontacten). Ze bieden relatief weinig nieuwe problemen aan. De contacten vinden nogal eens plaats bij de patiënt thuis.

In zijn dissertatie, handelend over **chronische** ziekten in de huisartspraktijk, vindt Voorn (1983) in de gegevens van de CMR analoge

Tabel 5: incidentie en prevalentie van aandoeningen uit het Monitoring Project

aandoening	incidentie		prevalentie
	1e jaar	2e jaar	1e jaar
1. acute upper respir. tract. infection	123.7	129.5	125.4
2. hypertension	9.1	8.7	66.7
3. non articular 'rheumatism'	49.6	57.0	52.3
4. bronchitis/bronchiolitis acute	40.7	49.2	42.4
5. backpain w.o. radiating symptom	36.3	39.9	40.8
6. surmenage/neurasthenia	33.2	31.4	38.9
7. wax in ear	35.3	38.1	35.7
8. hypochondriac disorder	26.8	33.2	35.1
9. obesity	19.6	19.9	31.7
10. anxiety disorder	21.3	28.9	28.9
11. insomnia, sleep disorder	14.1	15.0	27.5
12. sinusitis acuta/chronic	25.9	23.3	26.5
13. lacerat/open wound/trauma	22.4	27.5	23.1
14. cystitis and urinary tract infections n.o.s.	17.0	21.9	23.0
15. bruise contusion crushing	22.5	27.5	22.8
16. conjunctivitis/ophthalmica	22.1	22.0	22.7
17. cervical spine syndromes	19.9	23.6	22.6
18. cough	20.8	18.5	21.9
19. adverse effect medicine properdose	20.5	29.0	21.5
20. eczema and allergic dermatitis	15.5	19.8	21.1
21. warts	19.7	22.2	20.7

Bron: Morbidity in General Practice. Lamberts, 1984.

cijfers. Het aantal bekende aandoeningen nam toe met de leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen. Vrouwen presenteerden meer bekende aandoeningen dan mannen. Bezien naar leeftijdsgroep bedroeg het percentage bekende aandoeningen uitgedrukt ten opzichte van het totaal aantal aandoeningen in de jongste groep 3 en in de oudste groep 56.

Minstens zo van belang is het feit dat diverse variabelen zo weinig meespelen in deze factor (bijvoorbeeld de interdoktervariantie, het

gelijktijdig optreden van probleemgedrag en het tijdstip van de contacten). Als tweede factor kwam het '**probleemgedrag**' naar voren. Het gaat vooral om patiënten in de leeftijdsgroep 45-64 jaar, die eveneens frequente contacten hebben met de huisarts. Zij bieden echter meerdere, uiteenlopende problemen aan, veelal op hetzelfde moment. Dit in tegenstelling met wat is waargenomen bij de eerste factor. In deze factor speelt de interdoktervariantie een kleine maar wel herkenbare rol.

Vergelijking met de CMR-gegevens is hier niet goed mogelijk. De hoogscorende categorie nerveus-functionele klachten biedt onvoldoende aanknopingspunten daarvoor.

In de derde factor is de interdoktervariantie veruit het grootst (.93, vergeleken met .04 bij factor 1 en .19 bij factor 2). Het betreft hier de **gewone aandoeningen** (common diagnoses) die weinig met elkaar gemeen hebben maar wel een groot deel van het dagelijkse werk van de huisarts uitmaken.

Voorn besteedt aan dit punt wel enige aandacht. Die aandacht gaat echter vooral uit naar de registratie van veel voorkomende gevallen van chronische aandoeningen. Overigens gaat het in zijn publicatie vooral over de registratie van de contacten. Daarin vindt hij wel duidelijke verschillen tussen de vier praktijken. Vrij veel voor de registratie van de contacten met patiënten met een bekende chronische aandoening; weinig voor de nieuwe.

Tenslotte de vierde factor: die van de **aandoeningen bij kinderen** (let wel niet enkel 'de' kinderziekten). Aandoeningen waarvoor vaak visites worden aangevraagd, veel ook buiten de normale werktijden.

Ook in de diagnosegroepen acute gastroenteritis en oxyuriasis scoren de leeftijdsgroepen onder de 10 jaar duidelijk hoger dan andere leeftijdsgroepen. Het voorkomen van wratten is ook leeftijdgebonden. Het werk van de huisarts laat zich voor een deel beschrijven door de hiervoor besproken factoren. De overeenkomsten en verschillen tussen de informatie uit het Monitoring Project en de CMR voor wat betreft de meest voorkomende aandoeningen zijn besproken. In beide projecten is ook veel informatie verzameld over de minder vaak voorkomende aandoeningen en over werkzaamheden van huisartsen die niet direct gerelateerd zijn aan het stellen van een diagnose of omschrijven van een probleem. Genoemd dienen te worden de activiteiten in het kader van de gezinsplanning, preventieve c.q. anticiperende activiteiten, zwangerschapsbegeleiding en het begeleiden van bevallingen, administratieve werkzaamheden ten behoeve van patiënten en het eventueel functioneren als arts in het kader van de jeugdgezondheidszorg. In het kader van deze bijdrage zullen die aspecten niet worden bespro-

ken.

Verder onderzoek

Systematisch en vooral langdurige en nauwkeurige vastlegging van morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk is een eerste vereiste voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Zeker voor onderzoek waarin het verloop van symptoom tot (soms irreversibele) aandoening onderwerp van studie is, dient men te beschikken over gegevens gedurende een lange periode verzameld. Weliswaar blijft men met het methodologische probleem zitten, dat alleen van een betrekkelijk (niet verhuizende) stabiele groep patiënten gegevens kunnen worden betrokken; de waarde van serieus prospectief onderzoek dient men echter niet te onderschatten. Het is in dergelijk onderzoek wel van belang om gegevens over voedings- en leefgewoonten op te nemen en van patiënten meer te weten dan leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. De nadruk van dergelijk onderzoek ligt op (de meer ernstige) morbiditeit. Een voorbeeld is de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Variantie tussen artsen en praktijken kan door regelmatig overleg sterk worden teruggebracht en is trouwens bij de meer chronische en ernstige aandoeningen (zie Lamberts' resultaten) ook van minder gewicht.

De schaal van dergelijk onderzoek hoeft niet groot te zijn en kan dat ook niet zijn, gegeven de intensieve, langdurige en tijdrovende vaststelling van wat er medisch gesproken met de patiënten aan de hand is.

Daarnaast zou men, maar zeker niet op continue basis, over overzichten in dwarsdoorsnede dienen te beschikken, niet alleen van ziekten, klachten en problemen, maar ook van door huisartsen ondernomen acties naar aanleiding van de gepresenteerde problematiek.

Aangezien de variantie tussen artsen en praktijken aanzienlijk zal zijn, dient in dergelijk onderzoek deze interdokter- en interpraktijkvariantie tot onderwerp van studie genomen te worden. Dit betekent in elk geval dat een voldoende aantal praktijken aan de studie deel moet nemen, teneinde statistische analyse van de interdoktervariantie mogelijk te maken. Eens per 10 jaar zal wel voldoende zijn, als we naar het Engelse voorbeeld kijken, waar nadere analyses van het in 1970-71 gehouden tweede National Morbidity Survey pas verschenen zijn toen het materiaal van de derde National Morbidity Survey verzameld was.

Doel van de dwarsdoorsnede-studies is het geven van een momentopname van het functioneren van de gezondheidszorg in het algemeen en de

huisartspraktijk in het bijzonder; door het vergelijken van de resultaten uit de decade daarvoor kan men globale trends in het bij de huisarts gepresenteerde ziektepatroon en de door huisartsen ondernomen acties vaststellen.

Een akelige paradox komt uit de resultaten van Lamberts en Van de Lisdonk te voorschijn.

De trivialiteit zowel van de klachten top-10 bij de bevolking als van de top-10 van aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit springt in het oog: spierpijn, verkoudheid, hoofdpijn, malaise, het is allemaal niet erg indrukwekkend. Voeg daarbij Van de Lisdonk's bevinding dat mensen die sterke waarde hechten aan de zegenrijke werking van medisch ingrijpen meer geneigd zijn voor dergelijke triviale klachten medische hulp in te roepen en Lamberts' bevinding dat de interdoktervariantie juist bij deze 'gewone' klachten het grootst is, dan rijst de vraag of medisch inhoudelijk onderzoek op dit vlak geïndiceerd is.

Tenzij natuurlijk zou blijken dat ook het acute myocard-infarct vroegtijdig te herkennen zou zijn geweest door een opeenhoping of specifieke combinatie van dergelijke onbeduidende symptomen. Maar dat is alleen te achterhalen in longitudinaal en prospectief onderzoek in en buiten de huisartspraktijk.

De preventieve taak van de huisarts zal in de nabije toekomst in zwaarte toenemen. Men denke aan het opheffen van centra voor bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en het welbewust verschuiven van de vroege opsporing daarvan naar de huisarts.

Op grond van de onderzoeksresultaten van Van Ree (1981) die 'en passant' vaststelde dat huisartsen ongeveer 50% van de personen met verhoogde bloeddruk niet als zodanig kennen en dat slechts van een kwart van de patiënten de rookgewoonten bekend waren, moet men echter van deze preventieve taken van de huisarts (nog) geen hoge dunk hebben. De bevindingen van Boerma en Hamers (1985) sluiten daar op aan. Slechts een kleine minderheid van huisartsen stelt zich 'positief' en preventief op ten aanzien van zijn patiënten.

Onderzoek naar de preventieve taak van huisartsen zal dus vooral betrekking dienen te hebben op het zoeken naar omstandigheden en randvoorwaarden waaronder deze preventieve activiteiten (of is het eerder een **houding?**) met meer succes worden uitgeoefend.

Tenslotte geven de bevindingen van Huygen e.a. en Van de Lisdonk nog eens aan hoe belangrijk gezinsonderzoek is; vooral de invloed van de houding van de moeder op het ziektegedrag van de kinderen is een telkens terugkerende bevinding, die ook in buitenlands onderzoek (Mechanic's longitudinaal onderzoek) wordt terug gevonden. De Nij-

meegse traditie op dit gebied dient zeker te worden voortgezet.

Als men één ding zou moeten concluderen en als sterke aanbeveling voor verder onderzoek zou moeten meegeven, dan is het dat onderzoek naar klachten, symptomen, ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk multidisciplinair van karakter moet zijn. Op het moment dat de waarde die patiënten aan medisch ingrijpen hechten, bepaalt wat de huisarts aan morbiditeit te zien krijgt en als bovendien blijkt dat hier de variantie tussen artsen en praktijken het grootst is, dan kan men niet meer stellen dat morbiditeit in de huisartspraktijk enkel een geneeskundig object van studie is.

4. STERFTE

4.1. Korte gedachtenbepaling

In 'Een geschenk van de Koning' beschrijft Bremer (1985) in het eerste verhaal zijn terugkomst in het dorp waar hij ruim 25 jaar huisarts is geweest. In de vakantie gaat hij in zijn oude praktijk waarnemen, twee jaar na het verlaten van de praktijk. Van de mensen die hij ontmoet beschrijft hij kort een weduwnaar van ongeveer zestig jaar, wiens vrouw aan kanker was gestorven.

Even verder in het verhaal merkt hij op: "Een paar duizend mensen heb ik geboren zien worden, een paar honderd heb ik zien sterven". Zijn tocht door het dorp vervolgend komt hij op een plek waaraan een krachtige herinnering is verbonden: een dodelijk verkeersongeval waarbij een zesjarige meisje betrokken was.

Het sterven van een patiënt is voor een huisarts een gebeurtenis die hem lange tijd bij blijft. Niet zozeer onderzoek naar sterfte in de huisartspraktijk maakt dat zichtbaar; een indruk ervan verkrijgt men eerder in gesprekken met huisartsen of bij lezing van de zeldzame casuïstische mededeling daarover (zie onder andere Valkuilen in de huisartspraktijk I en II (UUHI, 1978/1983) en een enkele mededeling in Huisarts en Wetenschap).

Als gebeurtenis in getalsmatige zin neemt sterfte in een doorsnee huisartspraktijk geen belangrijke plaats in. Uitgaande van de sterftecijfers voor Nederland zullen er in een huisartspraktijk, afhankelijk van de omvang ervan en de leeftijds- en geslachtssamenstelling tussen de 10 en 30 mensen per jaar overlijden. Deze verwachting is

in overeenstemming met de in enkele registratieprojecten gevonden cijfers. Crebolder (1980) registreert in de vier huisartspraktijken van het gezondheidscentrum Withuis 100 sterfgevallen in een periode van 14 maanden. Schadé (1983) vermeldt 416 sterfgevallen in de praktijken van acht huisartsen over de periode 1979-1981. Lamberts komt in het Monitoring Project, waarin het negen huisartspraktijken betreft, tot aantallen van 176 overledenen in het eerste jaar en 183 in het tweede jaar. En Van den Bosch (1985) telt in de 32 jaar sterfte-registratie door zijn voorganger in de praktijk 705 overledenen.

In deze paragraaf willen wij nader ingaan op enkele algemene aspecten, vooral getalsmatige, van sterfte om vervolgens meer concreet de betrokkenheid van huisartsen daarbij te bezien. Reeds nu kan opgemerkt worden dat naar de betrokkenheid van huisartsen bij het sterven van patiënten weinig onderzoek is gedaan. Dit hoofdstuk wordt besloten met enkele suggesties voor nader onderzoek naar het sterven thuis met begeleiding van hulpverleners uit de eerste lijn.

4.2. Getallen betreffende sterfte

In Nederland en diverse andere landen wordt voor de samenstelling van de sterftestatistiek gebruik gemaakt van overlijdensverklaringen. Een formulier gaat naar de Afdeling Bevolking van de gemeente en bevat gegevens als leeftijd, geslacht etc.; het zogenaamde B-formulier vraagt de behandelend arts, althans wanneer het een natuurlijke dood betreft, aan te geven wat de doodsoorzaak is geweest en welke onderliggende aandoening(en) wellicht ook een rol heeft (hebben) gespeeld.

Op deze wijze krijgt het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) informatie op grond waarvan de officiële sterftestatistiek worden samengesteld. In regelmatige uitgaven van het CBS, zoals het Maandbericht Gezondheidsstatistiek en het Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, wordt een continu zowel als een samenvattend overzicht gegeven van deze belangrijke gegevens betreffende de sterfte onder de Nederlandse bevolking.

De uitgaven van het CBS maken het mogelijk overzicht te krijgen van de ontwikkelingen die zich voordoen in de omvang van de sterfte en de oorzaken ervan. Niet dat deze ontwikkelingen op dit ogenblik spectaculair te noemen zijn; binnen de huidige sociaal-economische omstandigheden, die evenmin grote veranderingen ondergaan, is dat

ook niet te verwachten.

De aandacht is meer gericht op kleine veranderingen in het sterftepatroon. In Nederland is de gemiddelde levensverwachting hoog, dit wil zeggen dat als regel mensen een hoge leeftijd bereiken en het een uitzondering is als iemand op jongere leeftijd overlijdt. In een dergelijke situatie treden, rampen en oorlogen buiten beschouwing gelaten, enkel kleine verschuivingen op.

Trends in de sterftegevallen laten zich veelal pas vaststellen over perioden van jaren. Dit geldt zowel voor de omvang van de sterfte als voor de oorzaken ervan. Tabel 6 (zie volgende pagina) geeft enkele algemene cijfers betreffende de sterfte in Nederland.

Deze algemene cijfers geven echter weinig inzicht, de gegevens over sterfte naar levensfase en oorzaak van sterfte daarentegen wel. Enkele opvallende trends daarin zijn dat er voor vrouwen voor alle leeftijdsgroepen een daling van de sterfte optreedt. Bij mannen is die daling van de sterfte veel minder beduidend en voor sommige leeftijdsgroepen over de afgelopen 10-15 jaar afwezig of soms zelfs een tijdlang negatief; dat wil zeggen dat vooral in de jaren 1965-1975 er sprake was van toename. Deze toename deed zich voor in de leeftijdscategorieën 15-24, 35-54, 55-64 en 65-74 jaar. Inmiddels heeft die situatie zich gewijzigd en daalt voor de mannelijke bevolking met uitzondering van de groep 75-jarigen en ouderen de sterfte weer.

Bezien we de sterfte naar oorzaken dan zien we bij mannen dat de sterfte aan bloedsomlooporganen na het bereiken van een top in het midden van de jaren zeventig aan het dalen is. Een zelfde tendens vertoont de sterfte ten gevolge van uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging en van verkeersongevallen.

Zelfmoordcijfers vertonen echter sinds 1970 een stijging.

Bij vrouwen zijn deze tendensen er ook doch veel minder uitgesproken.

Voor wat betreft de sterfte aan alle kwaadaardige aandoeningen lopen de cijfers voor mannen en vrouwen uiteen. Bij vrouwen is er al jaren een lichte daling gaande. Bij mannen daarentegen is er voor de afgelopen jaren sprake van een continue stijging.

De cijfers zijn meer in detail, dat wil zeggen naar kwaadaardige nieuwvorming van organen en weefsels te beschouwen.

Deze nadere beschouwing leert dat de sterfte aan kwaadaardige nieuwvormingen van long en longvliezen bij vrouwen sterk stijgt. Bij mannen ook, maar minder. De sterfte aan baarmoederhalscarcinoom daarentegen daalt merkbaar en in een continue lijn; sterfte aan borstkan-

Tabel 6: nederlandse sterftcijfers, gestandaardiseerd* (x 1.000 inwoners) per geslacht in de periode 1931-1980

jaartal	man	vrouw	beiden
1931	12,9	14,3	13,6
1938/1939	11,2	12,1	11,6
1950	9,1	9,8	9,5
1960	8,8	8,2	8,5
1970*	9,4	7,4	8,4
1980*	8,5	5,8	7,2
1982*	8,4	5,7	7,2
veranderingen t.o.v. 1980			
in 1970	-11%	-28%	-17%
in 1931	-34%	-60%	-47%

* Op basis van de leeftijdsopbouw in 1970. Bron CBS, 1984.

ker is iets gestegen. Na een aanvankelijke stijging in de jaren zestig is de sterfte aan kwaadaardige nieuwvormingen van de eierstokken weer aan het teruglopen.

Bij zowel vrouwen als mannen is er een stijging van de sterfte aan kanker van de alvleesklier; een scherpe daling (voor beide geslachten) treedt op voor maagkanker.

Bij twee vormen van kanker is bij mannen een gestage groei van de sterfte vast te stellen, terwijl de sterfte voor vrouwen aan die aandoeningen betrekkelijk constant blijft (kanker van dikke darm en blaaskanker).

Tenslotte in dit overzicht: de sterfte onder mannen aan kanker van de prostaat stijgt geleidelijk over de laatste 20 jaar.

Tot in verdere details dan hierboven aangegeven is bekend waaraan mensen in Nederland sterven en ook op welke leeftijd. In het kader van het verdiepen van het inzicht in de sterfte zijn een tweetal nadere gegevens betreffende de personen die overlijden wenselijk.

Ten eerste zou het toevoegen van het gegeven tot welke sociale klasse de overledene behoort nadere informatie geven, in relatie met evenzo geregistreeerde morbiditeit (zie vorige paragraaf) over de risico's voor bepaalde categorieën in de bevolking voor wat betreft

het ziek worden en sterven. In andere West-Europese landen is men Nederland hierin voorgegaan (Engeland, Frankrijk en Noorwegen). Een volgend gegeven dat een rol in het optreden van sterfteverschillen speelt is de etnische afkomst van de overledene. Het onderzoek van Nordbeck Nijhuis en Belleman (1982) van de perinatale sterfte en de sterfte onder zuigelingen toonde een verhoogd risico aan bij kinderen van etnische minderheden: voor wat betreft de perinatale sterfte vooral de kinderen van Surinaamse afkomst en bij de zuigelingensterfte vooral de kinderen van ouders uit het Middellandse Zeegebied. Bij kinderen met ouders van laatstgenoemde herkomst bleek er ook een relatief hogere sterfte in de leeftijd 1-3 jaar. De lage 'bruto' sterfte onder kinderen in Nederland kan verhullen dat er grote verschillen kunnen bestaan tussen onderscheiden groepen kinderen.

4.3. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek

Het cijfermateriaal van het CBS is omvangrijk en straalt degelijkheid uit. De trend die erin zichtbaar wordt zal in belangrijke mate weergeven wat er zich in de werkelijkheid afspeelt. Niettemin zijn er enkele kanttekeningen te maken, die enige afbreuk doen aan de bovengenoemde kwalificaties van de CBS-uitgaven.

In de afgelopen jaren verschenen enige Nederlandse publicaties, waarvan die van Steffelaar (1983) de titel van deze paragraaf meekreeg. Andere artikelen, waarin eveneens resultaten van onderzoek naar oorzaken van sterfte werden besproken kregen analoge koppen mee. Blijkbaar bestaat er gefundeerde twijfel aan de officiële sterftestatistieken.

"In vele recente publicaties wordt de aandacht gevestigd op aanzienlijke onvolkomenheden in de sterftestatistiek of onderdelen daarvan (kankersterfte)", schrijft Steffelaar in 1983 en wijst daarbij naar negen publicaties in medische tijdschriften uit diverse landen. Vier jaar daarvoor had hij verslag gedaan over 163 opeenvolgende obducties binnen één jaar verricht in één ziekenhuis (Steffelaar, 1979). In de analyse van de bevindingen bij deze obducties stuitte hij in 42% van de gevallen op onverwachte condities bij de overledene. Onverwacht in relatie tot de hem bekende klinische gegevens en opgegeven doodsoorzaken. Dit percentage van 42% belangrijke onverwachte bevindingen bij obductie is niet een puur Nederlands gegeven. In 1983 refereert hij aan een viertal buitenlandse onderzoekingen wanneer hij stelt dat ook elders wordt gevonden dat circa 40% van de

doodsoorzaken bij patiënten bij wie obductie is verricht (en dus vrijwel steeds in ziekenhuizen zijn overleden) niet overeenkomt met de vóór obductie vermoede doodsoorzaak.

In enkele van die publicaties werd daarnaast aangetoond dat dit verschil zowel bestond in patiëntengroepen waarbij specialisten diagnostische problemen hadden als bij die patiënten waarbij de klinici de diagnose 'rond' hadden en er dus minder behoefte aan obductie bestond. Steffelaar geeft in zijn artikel helaas geen overzicht van de leeftijden van de door hem onderzochte overledenen. Derhalve is niet na te gaan of er een mogelijk verschil bestaat tussen de bevindingen bij overlijden op jongere leeftijd en oudere leeftijd. Bij de geriatrische patiënt, waarbij multipele pathologie eerder regel is dan uitzondering, kan een belangrijke nevenbevinding bij obductie in wezen geen verbazing wekken. Dat zou het bij obductie van jongere overledenen echter wel doen. Wanneer in een goed geoutilleerd ziekenhuis dergelijke bevindingen worden gedaan, wat moet men zich dan voorstellen van de betrouwbaarheid van het vaststellen van de doodsoorzaak buiten de kliniek, waar obductie van een overledene een zeldzaamheid is. Het lijkt zelfs niet doenlijk een gissing te maken van de betrouwbaarheid, terwijl de sterfte buiten de kliniek toch zo'n 50% van de totale sterfte bedraagt (CBS, 1980).

Huisartsen, daar naar gevraagd in een enquête in 1981, geven zelf aan dat zij onzekerheid ervaren bij 45% van de sterfgevallen (LHV-enquête). Het vaststellen van de juiste doodsoorzaak bij sterfte buiten het ziekenhuis door huisartsen lijkt dus een bijzonder moeilijke opgave.

Enig inzicht in de aard van die problemen levert de rapportage van de veel uitvoeriger sterfteregistratie door huisartsen uit Hoorn op (Schadé, 1983). In de jaren 1979-1981 overleden in hun praktijken 416 patiënten, waarvan 149 thuis en 72 in de verpleegafdeling van een verzorgingstehuis waar deze huisartsen ook werken. Hier was dus bij 53% van de sterftegevallen de huisarts de eerst verantwoordelijke medicus.

De Hoornse huisartsen ontwierpen een uitgebreid registratieformulier van meerdere pagina's waarop gegevens van uiteenlopend karakter genoteerd dienden te worden. Gegevens betreffende de overleden patiënt, betreffende voorafgaande ziekten en omstandigheden, gegevens over eigen handelen maar ook over het handelen van andere artsen, waarnemend huisarts of specialist, gegevens over ervaren problemen, over de gegeven stervensbegeleiding, over contacten met familieleden etc. Het formulier was zoveel mogelijk toegespitst op het functioneren van de huisarts op diens plaats in de gezondheidszorg. Schadé

(1983) rapporteert over enkele aspecten van deze registratie. Intrigerend is de vraag die hij formuleert bij het bespreken van één van de problemen, namelijk het indelen, dat wil zeggen de doodsoorzaak vaststellen, van de patiënten die overleden onder het beeld van een koortsende ziekte. Vergelijking tussen de eigen registratie en de opgave op het B-formulier van het CBS leerde dat de patiënten die onder het beeld van een koortsende ziekte overleden nagenoeg allen ingedeeld waren als overleden aan een infectieuze of parasitaire ziekte. Men kan zich afvragen waarop deze indeling was gebaseerd aangezien de eigen registratie nadien leerde dat bij de gegeven patiënten van uitgebreide diagnostiek was afgezien. De 19 patiënten waarom het hier gaat overleden in een verpleegtehuis en in de verpleegafdeling van een verzorgingstehuis. De vraag van Schadé is dan of het etiket 'sepsis' dat in deze situatie veelal werd gehanteerd niet een functie is van het overlijden in een situatie waarin verpleegkundigen betrokken zijn bij het sterven. "Zou het kunnen zijn dat artsen zich in een dergelijke situatie ten opzichte van de verpleging min of meer gedwongen voelen tot het opplakken van een etiket, terwijl niemand dat vraagt bij patiënten, die thuis zijn overleden."

Bij dit aanzienlijke aantal patiënten uit hun onderzoek wordt in wezen een onjuiste indeling in een van de categorieën doodsoorzaken tot stand gebracht. In plaats van in groep I (infectieziekten en parasitaire ziekten) was indeling in groep XVI (symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden) juist geweest.

Evenals Steffelaar (1983) en van den Bosch (1985) maakt Schadé melding van de problemen die bestaan bij een acuut overlijden van een persoon. 'Acute hartdood' als 'doodsoorzaak' heeft dan een sterke voorkeur van niet alleen huisartsen. Steffelaar veronderstelt dat bij deze diagnose-categorie naar alle waarschijnlijkheid de foutpositieve diagnose de foutnegatieve in aantal verre zal overtreffen. De Hoornse huisartsen onderzochten in hun materiaal de juistheid van deze indeling. Ze reviseerden de oorspronkelijke opgegeven doodsoorzaak op de B-formulieren van de categorie Ziekten van de Bloedsomlooporganen (diagnosegroepen VII) op basis van hun eigen uitgebreide registratie en kwamen tot belangrijke verschillen. Van de oorspronkelijk in de groep Ziekten van de Bloedsomlooporganen ingedeelde 167 overledenen werden na revisie 30-45³ ondergebracht in de groep Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden (groep XVI).

Een andere conclusie van Schadé (1983) is dat de huidige registratie van doodsoorzaken op basis van het B-formulier veel informatie verloren laat gaan over welke factoren een bijdrage leveren aan het

overlijden van patiënten aan aandoeningen die op zich niet fataal zijn. In die zin doet de officiële sterftestatistiek de werkelijkheid ook geweld aan.

Van geheel andere orde is een volgende reden op grond waarvan aangenomen kan worden dat de sterftestatistieken niet in overeenstemming zijn met datgene wat er rondom het sterven van Nederlanders gebeurt. Het probleem hier betreft de euthanasie, waarvan aangenomen moet worden dat het bestaat, maar waarvan geen rapportage wordt gedaan om een aantal uiteenlopende redenen. De Rotterdamse politiearts Cremers (1982) heeft dit onderwerp aan de orde gesteld en de overlijdensverklaring weleens vergeleken met 'het leugenbriefje'. De mate waarin als doodsoorzaak een euthanatische handeling van een arts voorkomt is ondanks alle discussie over dit onderwerp onbekend. En ook hier moet worden vastgesteld dat een schatting van de omvang van euthanasie tot de onmogelijkheden behoort, zolang de problemen voor de nabestaanden van een overledene bij wie euthanasie is gepleegd en voor de arts, die het verzoek heeft ingewilligd blijven bestaan zoals ze nu zijn (Kenter, 1983). Overigens lijkt niets de arts ervan te hoeven weerhouden als directe doodsoorzaak op het CBS-formulier euthanasie te vermelden.

4.4. Sterven thuis of in het ziekenhuis

Over het onderwerp verschuivingen in de gezondheidszorg van 'huis' naar 'ziekenhuis' publiceerde Hoogendoorn (1974) een tiental jaren geleden een overzichtsartikel, waarin onder meer het aspect sterven in beschouwing werd genomen. Evenals dat voor de geboorte kon worden vastgesteld is er bij de sterfte sprake geweest van een constante toename van het percentage mensen dat in de kliniek overlijdt: van ruim 35% in 1956 tot 51,5% in 1975.

In 1975 blijkt er zich een kentering te hebben voorgedaan. Vanaf dat jaar is het percentage in het ziekenhuis overledenen enigszins gedaald. Tabel 7 (zie volgende pagina) laat zien dat voor 1981 het percentage iets onder de 50% lag.

Het betreft hier een landelijk cijfer; nadere uitsplitsing naar delen van het land laat opmerkelijke verschillen zien. In het Noorden zijn de percentages over langere tijd laag zij het stijgend om vervolgens na 1970 fors toe te nemen; in Brabant en Limburg, maar ook in Overijssel, Gelderland en Zeeland zijn de cijfers echter voortdu-

Tabel 7: percentage overledenen in ziekenhuizen

1970	in ziekenhuis
1970	43,3
1975	51,5
1976	51,0
1977	50,6
1978	49,7
1979	49,6
1980	50,3
1981	48,0

Bron: CBS, 1983

rend hoog en nog langzaam stijgend. En er is duidelijk verschil tussen stad en platteland. Naar leeftijd van de overledene bezien is er een voortdurende toename van het percentage in de kliniek overledenen vast te stellen.

In 1971 zijn het enkel nog de leeftijdsgroepen 20-29 jaar en de ouderen boven de 80 jaar waarbij de sterfte in een ziekenhuis de 50% niet te boven gaat. Voor de groep 20-29 jaar laat zich dat begrijpen met het gegeven dat in 1971 in niet minder dan 57,4% van de sterfte binnen deze groep een ongeval in het spel was. Hier is 'thuis' dus de openbare weg, het bedrijf of een andere plaats en de eigen woning.

De tweede uitzondering, de groep van 80 jaar en ouder, die voor het merendeel niet in een ziekenhuis overlijdt, zal mag worden aangenomen dus thuis overlijden of in een verzorgingstehuis of verpleeghuis. In 1981 liggen de cijfers toch weer iets anders. Vanaf de leeftijd van 2 jaar tot ongeveer 70 jaar blijkt de sterfte in het ziekenhuis minder dan de sterfte die buiten het ziekenhuis plaats vindt. Een percentage van 8% van de sterfte, waarbij de plaats van overlijden niet bekend was, relativeert toch wel het belang van het exacte percentage. Op het CBS gaat men ervan uit dat wanneer de plaats van overlijden niet bekend is bij hen, de sterfte wel buiten het ziekenhuis zal hebben plaatsgevonden.

De hier globaal geschetste ontwikkelingen geven aan dat, in elk geval tot 1975, de huisarts in afnemende mate betrokken was bij het

thuis sterven van patiënten. Rond 1975 stagneert deze ontwikkeling: er zijn echter duidelijke verschillen als men met urbanisatiegraad van de gemeente van overlijden en van de regio van het land rekening houdt.

Een suggestie voor nader onderzoek is in elk geval op basis van meer uitgebreide registratie van datgene wat er zich rond het overlijden van mensen in Nederland afspeelt, na te gaan, meer in detail, welke factoren positief dan wel negatief inwerken op de mogelijkheid dat iemand zijn sterfbed in de eigen woning doormaakt. Slechts met meer inzicht in deze gebeurtenis en het daarop baseren van maatregelen voor het bevorderen van het sterven thuis, wanneer dat verantwoord is, is wellicht de hospitalisatie van het sterven om te buigen.

Crebolder (1980) deed een eerste onderzoek in die richting in de huisartspraktijken van het gezondheidscentrum Withuis. Zijn eerste vaststelling was dat er weliswaar diverse beschouwingen over sterven en stervensbegeleiding in leerboeken huisartsgeneeskunde te vinden zijn, maar dat kwantitatieve gegevens in de literatuur niet zijn te vinden. Er werd besloten tot een oriënterend onderzoek met een driedelige vraagstelling:

- wat is de plaats van overlijden, wat is de oorzaak en welke samenhang bestaat er tussen beide?
- welke medisch-technische rol speelt de huisarts bij het ziekteproces dat tot de dood leidt?
- in hoeverre en in welke mate begeleidt de huisarts de patiënt en diens familie?

Het onderzoek zou zich beperken tot de eerste honderd overledenen vanaf 1 april 1978: een aantal dat na 14 maanden werd bereikt. Onder de beperkende opmerkingen dat de cijfers niet gecorrigeerd zijn voor leeftijd en geslacht en dat, zoals in een eerdere paragraaf al nader besproken is maar ook door Crebolder nog eens nadrukkelijk wordt vermeld, de doodsoorzaak niet in alle gevallen met zekerheid kon worden vastgesteld en dus op grond van waarschijnlijkheid een keuze gemaakt moest worden, geeft hij cijfers over de primaire doodsoorzaak en plaats van overlijden voor deze 100 overledenen en de daarbij corresponderende percentages voor Limburg en geheel Nederland. Zijn cijfers zijn niet wezenlijk verschillend van de Limburgse en Nederlandse cijfers. Voor nieuwvormingen en cerebrovasculaire en 'overige' aandoeningen geldt een verhouding thuis/ziekenhuis van 1:2. Bij ischemische hartaandoeningen is de verhouding echter ongeveer 1 op 1.

In grote lijnen geven deze overzichten aan bij welke sterfte de huisarts en andere hulpverleners uit de thuiszorg betrokken zijn bij het overlijden van patiënten thuis. Er zijn echter wel belangrijke verschillen in de bemoeienis met deze patiënten: de sterfte thuis aan ischemische hartaandoeningen bestaat veelal uit acute sterfte en is dramatisch van aard.

Van een geheel ander karakter is de betrokkenheid bij een patiënt die lijdt aan een kwaadaardige nieuwvorming of aan een cerebrovasculaire aandoening en thuis wordt verpleegd en behandeld. De groep overige primaire doodsoorzaken is te heterogeen voor nadere beoordeling van de betrokkenheid van de huisarts, hoewel ook daarin onderscheid gemaakt kan worden in acuut en langzaam overlijden. Casuïstische mededelingen van huisartsen maken dat waarschijnlijk. Het onderzoek in Venlo (Crebolder 1980) geeft aan dat ook op dit taakgebied van de huisarts een grote interdoktervariantie bestaat. Zowel waar het het sterven thuis betreft als de betrokkenheid van de huisarts bij het sterven in het ziekenhuis. Wanneer een huisarts het tot zijn gewoonte gemaakt heeft zijn in het ziekenhuis opgenomen patiënten te bezoeken en in contact te blijven met de behandelend specialist dan was er veelal sprake van een blijvende begeleiding van de patiënt ook door de huisarts. Niettemin werd een negatief effect gevonden van de hospitalisatie op de begeleiding door de huisarts van de patiënt en diens familie.

Verder onderzoek

Zo links en rechts zijn al enkele suggesties voor verder onderzoek gedaan: opname van een gegeven als 'sociale klasse' in de sterftestatistiek is er één van en een nadere analyse van de wijze waarop huisartsen met sterfgevallen in hun praktijk omgaan (soms worden necrologiebesprekingen gehouden) en zich zelf een rol toekennen bij stervens- en rouwbegeleiding zou het inzicht in dit fundamentele gebeuren in de huisartspraktijk kunnen verdiepen (zie ook Spreeuwenberg, 1981, 1985).

NOTEN

1. Zo wordt het invullen van een klachtenlijst genoemd.
2. Ook weer slechts in detail afwijkend van de reeds bekende lijst

(alleen oorspijn is wat sterker in de CBS-enquête vertegenwoordigd en hoofdpijn wat minder sterk).

3. Er werd een tweetal revisies gedaan, waarin niet tot eensluidende uitkomsten gekomen werd.

LITERATUUR

- BERG, J. VAN DEN - 1983. Contact met de huisarts in 1981. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 2, no. 5, 5-10
- BOERMA, W.G.W. en R.T.J. HAMERS - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- BOSCH, W. VAN DEN - 1985. Het Lentse dodenboekje: 32 jaar sterfteregistratie in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 28, no. 3, 99-105
- BREMER, G.J. - 1985. Een geschenk van de koning. Amsterdam, Meulenhof
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1983. Sterfte binnen en buiten ziekenhuizen, 1981. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 2, no. 8/9, 30-33
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1984. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1980. Over sterven en stervensbegeleiding: een kwantitatieve analyse van honderd sterfgevallen. Huisarts en Huisarts, 23, no. 11, 439-446
- CREMERS, H.Th.P. - 1982. Euthanasie wettelijk natuurlijk? Medisch Contact, 37, no. 33, 989-990
- CROMBIE, D.L. en J. VAN DER ZEE - 1984. The feasibility of a national general practice morbidity and intervention survey in the Netherlands: report of a symposium december 2nd 1982. Utrecht, Netherlands Institute of General Practitioners
- ES, J.C. VAN - 1984. Gezondheidszorg welgeteld. Medisch Contact, 39, no. 47, 1499
- EIJK, J.Th.M. VAN - 1979. Verschillen in praktijkvoering van huisartsen: een methode om van te leren. Medisch Contact, 34, no. 31, 987-991

- FOLMER, H.R. - 1968. Huisarts en ijsberg: een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrict in Noord-Noorwegen. Zaltbommel, Avanti
- HOOGENDOORN, D. - 1974. Verschuivingen in de gezondheidszorg van 'huis' naar 'ziekenhuis'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 118, no. 34, 1288-1295
- HUYGEN, F.J.A., H. VAN DEN HOOGEN en W.J. NEEFS - 1983. Gezondheid en ziekte: een onderzoek van gezinnen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 127, no. 36, 1612-1619
- JESSEN, J.L. - 1974. Medische consumptie. Groningen, Rijksuniversiteit
- KENTER, E.G.H. - 1983. Euthanasie in een huisartspraktijk. Medisch Contact, 38, no. 38, 1179-1183
- LAMBERTS, H. - 1981. Patiëntenvoorlichting: een heel gewoon onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 24, no. 7, 263-268
- LAMBERTS, H. - 1983. Huisartsgeneeskundig handelen per diagnose: een model uit het Monitoring Project. Huisarts en Wetenschap, 26, no. 12, 438-447
- LAMBERTS, H. - 1984. Morbidity in general practice: diagnose related information from the monitoring project. Utrecht, Huisartsenpers
- LAMBERTS, H. - 1985. Adipositas en de stand der wetenschap. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 129, no. 6, 243-245
- LHV-ENQUÊTE - 1981. Geciteerd bij S.W. Steffelaar (1983). Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 127, no. 3, 112-115
- LISDONK, E.H. VAN DE - 1985. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk: een onderzoek met dagboeken. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Dissertatie
- MOLL VAN CHARANTE, A.W. - 1978. Van ziektegevoel tot klaaggedrag: neurotische labiliteit en de presentatie van klachten aan de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 21, no. 1, 17-20
- NORBECK, H.J., H.G.J. NIJHUIS en S.J.M. BELLEMAN - 1984. Perinatale en zuigelingensterfte. Modern Medicine, 8, december, 1699-1706
- NUHI (NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT) - 1980. Gewone ziekten: een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken (2 delen)
- OLIEMANS, A.P. - 1969. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden. Dissertatie
- PLOEG, H.M. VAN DER - 1980. Persoonlijkheidskenmerken en huisartscontactfrequentie. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 10, 398-403

- REE, J.W. VAN - 1981. Het Nijmeegs interventie project. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Dissertatie
- SCHADE, E. - 1983. Over de beperkingen van de officiële sterftestatistiek. Huisarts en Wetenschap, 26, no. 8, 286-289
- SPREELUWENBERG, C. - 1981. Huisarts en stervenshulp: een exploratief onderzoek naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt. Deventer. Van Loghum Slaterus. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen
- SPREELUWENBERG, C. - 1985. De taak van de huisarts bij stervende bejaarden. Metamedica, 64, no.2, 126-134
- STEFFELAAR, J.W. - 1979. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 123, no. 44, 1898-1905
- STEFFELAAR, J.W. - 1983. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 127, no. 3, 112-115
- UUHI (UTRECHTS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT) - 1978/1983. Valkuilen in de huisartspraktijk: bekroonde inzendingen van de prijsvraag huisartsgeneeskunde, uitgeschreven door Bohn, Scheltema & Holkema in samenwerking met het Universitair Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht, ter gelegenheid van het feit dat tien/vijftien jaar geleden aan de Rijksuniversiteit te Utrecht de eerste Nederlandse leerstoel in de huisartsgeneeskunde werd ingesteld. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema
- VEEN, W.A. VAN - 1982. Morbiditeitsonderzoek. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 3, 110-112
- VELDEN, H.G.M. VAN DER - 1971. Huisvrouw-huisarts-huisgezin: een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartsenpraktijk. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt. Dissertatie
- VOORN, Th.B. - 1983. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge. Rijksuniversiteit Utrecht. Dissertatie
- WERF, G.Th. VAN DER - 1984. Geneeskunde oordeelsvorming: onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts. Amsterdam, Rodopi. Rijksuniversiteit Groningen. Dissertatie
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie

ZUTPHEN, W.M. VAN - 1984. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie

17 Psychosociale problematiek

P.F.M. Verhaak

1.	INLEIDING	581
2.	METEN EN CLASSIFICEREN	582
	2.1. Classificatiesystemen	582
	2.2. Beoordelen van klachten	584
	2.3. Andere methoden om aanwezigheid van psychosociale problemen vast te stellen	584
3.	HET VOORKOMEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN	585
4.	HULPVERLENING BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE EERSTELIJN	590
	4.1. Preventie	590
	4.2. Probleemdefiniëring	593
	4.3. Behandeling	595
5.	ONDERZOEK NAAR DE HULPVRAGER	601
6.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	603
	LITERATUUR	605

1. INLEIDING

Deze bijdrage gaat over de psychische en sociale problemen die zich in de eerstelijns afdelingen en de behandeling daarvan. In de eerstelijnsgezondheidszorg wordt voor deze problemen doorgaans de term 'psychosociaal' gebruikt om aan te geven dat het om niet-somatische problemen gaat. Er bestaat veel onduidelijkheid over het begrip 'psychosociaal' probleem, omdat het begrip niet te objectiveren is: waar de ene persoon last van heeft, heeft de ander geen last van; waar de ene hulpverlener behandeling nodig acht, acht de ander dit een luxe. Schnabel (1984) spreekt dan ook van de meervoudige betekenis van dezelfde verschijnselen (zie ook Verhaak, 1981; Bensing, 1983a).

In deze bijdrage wordt het begrip 'psychosociaal probleem' ruim geïnterpreteerd. We besteden zowel aandacht aan onderzoek naar het voorkomen en de behandeling van problemen van exclusief psychische en/of sociale aard, als aan mogelijke niet-lichamelijke oorzaken en gevolgen van in beginsel lichamelijke klachten.

Het niet eenduidige karakter van ons onderwerp brengt met zich mee dat de eerste obstakels voor een onderzoeker zich voordoen op het moment dat men wil gaan classificeren en meten. We beginnen dan ook in hoofdstuk 2 met de stand van zaken op dit gebied. Vooruitlopend hierop kunnen we vaststellen dat aan de ontwikkeling van classificaties, met name van psychische problematiek, veel gedaan is, hetgeen geleid heeft tot een aantal internationaal geaccepteerde classificatiesystemen. Begripsvaliditeit daarentegen is tot op heden meer voorwerp van beschouwing dan van onderzoek geweest.

In hoofdstuk 3 gaan we in op het onderzoek naar het voorkomen van psychosociale problemen in de eerste lijn. Vooral over het probleem-aanbod bij de huisarts en bij het maatschappelijk werk is veel kwantitatief materiaal voorhanden.

In hoofdstuk 4 wordt het doen en laten van hulpverleners op het gebied van psychosociale hulpverlening behandeld. Vooral het werk van de huisarts is vaak onderwerp van onderzoek geweest, terwijl er ook wel onderzoek gedaan is naar de psychosociale hulpverlening door maatschappelijk werkers en door psychologen.

Hoofdstuk 5 gaat over de behoefte aan psychosociale hulpverlening. We behandelen hier alleen het onderzoek dat expliciet met de eerstelijns te maken heeft. Het vele onderzoek naar het ontstaan van en het omgaan met psychosociale problemen beslaat doorgaans een veel

breder terrein en valt derhalve buiten het kader van deze studie. Deze informatie kan waarschijnlijk gevonden worden in de trendstudie over psychosociale problemen die dit jaar zal verschijnen (Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek (IVA) in Tilburg). In hoofdstuk 6 tenslotte bespreken we welke thema's nader onderzocht zouden kunnen worden.

2. METEN EN CLASSIFICEREN

Als men psychosociale problemen wil bestuderen, of het nu vóórkomen, het beloop of de behandeling betreft, zal men eerst moeten vaststellen dat er van een psychosociaal probleem sprake is. Met het psychiatrisch ziektebegrip als theoretische achtergrond zijn verscheidene classificatiesystemen ontwikkeld. Daarnaast zijn pogingen ondernomen om klachten op verschillende dimensies te beoordelen en in te delen, en kunnen we wijzen op meetinstrumenten als vragenlijsten en gestructureerde interviews waarmee men de aanwezigheid van psychische problematiek tracht vast te stellen.

2.1. Classificatiesystemen

De eerste classificatiesystemen hadden, zoals gezegd, het klassieke psychiatrische ziektemodel als achtergrond. Als zodanig is een hoofdstuk 'psychiatrie' in de International Classification of Diseases (ICD) opgenomen, en ook de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III) - hoewel aangekondigd als a-theoretisch - valt daar in zijn belangrijkste component op terug: de DSM-III beschrijft in principe van iedere diagnose:

- het klinisch-psychiatrisch syndroom;
- persoonlijkheidsgebreken;
- fysieke klachten waarmee het probleem gepaard gaat;
- de ernst van de stressoren;
- het hoogste niveau van mogelijke "aanpassing" binnen een jaar.

Schnabel (1984) merkt overigens op dat "erkend moet worden, dat in het kader van de DSM-III vooral de eerste as tot ontwikkeling is gebracht....".

Het is duidelijk dat een dergelijke conceptualisering vooral gericht is op psychiatrische syndromen. In de eerstelijns worden echter veel psychische symptomen en klachten gepresenteerd, die zich niet tot een specifieke psychische afwijking laten groeperen.

De classificatiesystemen die voor gebruik in de huisartsenpraktijk ontworpen zijn, ruimen dan ook veel meer plaats in voor symptomen en klachten op psychisch en sociaal gebied. Bekende classificatiesystemen zijn de van de ICD afgeleide E-lijst, de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2) en de Reason for Encounter Classification (RFE).

De ICHPPC-2 en RFE zijn in Nederland uitgetest met als criterium de bruikbaarheid (Lamberts, 1980 en 1982a en b; Lamberts, Mead en Wood, 1984). De onderzoekers constateren dat het op deze wijze classificeren van klachten als 'psychisch' of 'sociaal' tot grote verschillen tussen artsen leidt. Psychische en sociale problemen blijken meestal als symptoom op te treden (niet als diagnose) en worden vaak samen met andere somatische klachten gepresenteerd.

Severien en Van der Zee (1984) vergeleken de bruikbaarheid van vier classificatiesystemen: de drie hiervoor genoemde systemen voor de huisartspraktijk en de ICD-9. Zij concluderen dat psychosociale problemen beter gecodeerd kunnen worden met behulp van de E-lijst, de RFE en de ICHPPC-2, maar dat de ICD-9 meer geschikt is voor de somatische problemen.

Psychosociale problemen zijn het meest eenduidig codeerbaar met behulp van de E-lijst (79% goed codeerbaar). De overige classificatiesystemen ontlopen elkaar nauwelijks en geven alle ongeveer 60% goed codeerbare items.

Bensing (1983b) onderzocht de beoordelaarsbetrouwbaarheid van de RFE door op video opgenomen spreekuurconsulten te laten beoordelen door artsen en gedragswetenschappers. Hieruit blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid matig is bij de psychische klachten en laag bij sociale problemen. De beoordelaars verschillen in de mate waarin zij een probleem als sociaal probleem benoemen.

Ook binnen het Algemeen Maatschappelijk Werk is het gebruikelijk om het probleemaanbod in een aantal categorieën in te delen. Ook deze categorie-systemen zijn beschrijvend en a-theoretisch. De door de JOINT ontwikkelde registratie van hulpverlenings-episoden kent de mogelijkheid vier verschillende problemen aan te geven (uit achttien probleemcategorieën), binnen andere AMW-registraties is die optie uitgebreid tot twaalf probleemcategorieën (uit ongeveer zeventig mogelijkheden). De probleemweergave wordt hiermee fijnmaziger, de interpretatie daarentegen steeds lastiger (zie De Graaf, 1982; Veeger,

De Vries en Van der Laan (1983) en Verhaak, 1984a). Onderzoek naar de betrouwbaarheid van deze systemen is niet verricht.

2.2. Beoordelen van klachten

Uitgaande van het idee dat een klacht niet óf psychisch óf somatisch óf sociaal is, maar dat deze aspecten onderling verweven zijn, benadrukken verschillende auteurs het belang van een 'meer-dimensionele' beoordeling van klachten (vgl. Regier, Kessler, Burns e.a. 1979). Hierdoor zou een beter beeld ontstaan van de omvang van psychische en sociale problematiek, die volgens Regier e.a. vaak onderschat wordt, en zouden de verschillen tussen artsen in dit opzicht verdwijnen.

Dit laatste blijkt niet het geval te zijn: ook als artsen de klachten van patiënten beoordelen op alle drie de dimensies somatisch, psychisch en sociaal, blijken artsen onderling erg te verschillen: de ene arts ziet bij 20% van alle problemen psychische en/of sociale aspecten, bij een andere arts is dit 70% (Verhaak, 1981, 1983/1984 en 1984b). Voor de ene arts heeft 'psychisch' blijkbaar een andere betekenis dan voor de ander. De achtergronden van deze verschillen worden op dit moment nog verder onderzocht binnen het NIVEL. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke gevolgen deze verschillen op de middellange termijn hebben.

2.3. Andere methoden om aanwezigheid van psychosociale problemen vast te stellen

De omvang van psychosociale problemen kan men afleiden uit het probleem aanbod bij de diverse hulpverleners, maar omdat niet alle problemen bij hulpverleners terecht komen, kan men ook proberen de (geestelijke) gezondheidstoestand van de bevolking vast te stellen. Hiertoe zijn, vooral in het buitenland, meetinstrumenten ontwikkeld, (onder meer de General Health Questionnaire, en de Present State Examination), die ook in Nederlands onderzoek toegepast worden (Ormel en Wilmink, 1985; Tax, König-Zahn, Heydendahl e.a. 1984). Over de bruikbaarheid van vertaalde versies van deze vragenlijsten en interviews worden bevredigende resultaten met betrekking tot sensitiviteit, specificiteit en betrouwbaarheid gemeld (Ormel en Wilmink, 1985). De resultaten van deze, longitudinale onderzoeken zijn nog niet beschikbaar.

3. HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Het is gebruikelijk om, wanneer men het heeft over het vóórkomen van psychosociale problemen, een aantal niveaus te onderscheiden, waarop men die morbiditeit meet (Brook, Giel, Ten Horn e.a.; 1983; Hosman, 1983; Bensing en Sluijs, 1984). Kort samengevat kan men de morbiditeit in de gemeenschap meten (eerste niveau), de morbiditeit die zich in de eerstelijns aandiend (tweede niveau), de morbiditeit die in de eerstelijns als zodanig herkend wordt (derde niveau) en datgene dat in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) of in de intramurale psychiatrie terecht komt (vierde respectievelijk vijfde niveau). In deze overzichtsstudie beperken we ons tot het tweede en derde niveau.

Onderzoek naar het vóórkomen van psychosociale problemen op het tweede niveau kan zich van verschillende methoden bedienen. Om vast te stellen bij welk proportie van alle klachten in de eerstelijns psychosociale problematiek een rol speelt, komen volgens Hosman (1983) in aanmerking:

- interviews door psychiaters;
- interviews door getrainde interviewers, gevolgd door een psychiatrische beoordeling achteraf;
- gevalideerde en volledig voorgestructureerde interviews of schalen.

Onderzoekingen als deze zijn in Nederland wel verricht, maar alleen bij specifieke bevolkingsgroepen en niet bij patiënten die zich bij de huisarts melden. Zodoende bestaan er op dit moment nog geen betrouwbare cijfers over de hoeveelheid psychische problematiek in het klachtenaanbod in de eerstelijns. Ormel e.a. (1984) geven hiertoe wel een aanzet door via extrapolaties uit buitenlands onderzoek en gegevens uit het monitoring project een schatting te maken van het aantal niet herkende depressies. Ook is begin 1985 bij de afdelingen Sociale Psychiatrie en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen een onderzoek naar het beloop van geestelijke gezondheidsproblemen begonnen. In dit onderzoek wordt bij een aantal huisartsen aan alle patiënten van 18 tot 65 jaar die het spreekuur bezoeken de Algemene Gezondheids Vragenlijst afgenomen (een vertaalde GHQ). Vervolgens zal bij 250 patiënten het beloop van geestelijke gezondheidsproblemen worden onderzocht (Ormel en Wilmlink, 1985).

Onderzoek naar het vóórkomen op het derde niveau, de herkende, psychosociale morbiditeit, is vaker ondernomen. De meeste gegevens be-

treffen het voorkomen van psychosociale problematiek bij de huisarts en bij het maatschappelijk werk. Gegevens over de psychosociale morbiditeit in de huisartsenpraktijk zijn afkomstig van het monitoring project van Ommoord en Maastricht (Lamberts, 1982a en b) en van de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) (Huygen, Van den Hoogen, Van de Logt e.a., 1984).

In beide projecten zijn gedurende meerdere jaren alle contacten met de huisarts geregistreerd. Het monitoring-project betreft twaalf huisartspraktijken, de CMR vier.

De geschatte prevalentie (=het aantal bekende gevallen) van psychische problemen is 14% in het monitoring-project en 10% in de CMR (9% bij mannen en 14% bij vrouwen). Op grond van zijn onderzoek schatte Oliemans de prevalentie van psychosomatische ziekten hoger dan 20%. Hij vond in 1968 een incidentie (alleen het aantal nieuwe gevallen per jaar) van 8.3% "psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen": 11% bij vrouwen en 5.5% bij mannen. (Oliemans, 1969 p. 106). Hosman (1983) vond in zijn onderzoek in één plattelandspraktijk dat in één jaar tijd 28% van de patiënten een of meerdere psychosociale klachten presenteerde.

We vermoeden dat in al deze gevallen sprake is van een zekere onder-rapportage, omdat in deze registratiesystemen een probleem slechts in één categorie ingedeeld kon worden: een klacht kon niet als 'hoofdpijn' én als 'spanningen thuis' geassocieerd worden.

Bensing en Sluijs (1984) vinden in hun video-onderzoekingen een grotere omvang van psychosociale problematiek, maar dit betreft dan vooral somatische problemen, waarachter de arts psychosociale aspecten vermoedt. In hun onderzoek (900 consulten van 25 artsen) registreerden de artsen zowel de klachten die de patiënt presenteerde, als de psychosociale aspecten die volgens hen daarin een rol speelden. Van alle problemen bleek 19% een duidelijk psychosociaal probleem te zijn en 43% van de somatische problemen werden door de arts als niet-puur somatisch beoordeeld. Ook Verhaak (1983) vindt in zijn onderzoek dat artsen \pm 45% van de klachten niet puur somatisch vinden. Deze percentages lopen bij de verschillende artsen erg uiteen, van 20% bij de ene arts, tot 70% bij de ander. Ook ontdekt Verhaak (1984) in zijn video-observatie-onderzoek dat observatoren meer klachten registreren dan de behandelend arts: van de drie geuite klachten die de observator opmerkt mist de arts er één in zijn registratie en dit zijn relatief veel psychosociale klachten. Ook dit is een indicatie voor de onderrapportage van psychosociale problematiek die door de twee 'filters' bewerkstelligd wordt.

Laten we nu wat meer in detail kijken naar het soort psychosociale problemen waar de huisarts mee geconfronteerd wordt. Psychosociale problemen die patiënten zelf presenteren hebben vaak te maken met angst, met depressieve gevoelens en slapeloosheid, zwaarmoedigheid, overwerkt zijn en relatieproblemen (Lamberts, 1982a en b; Bensing en Sluijs, 1984).

De 'verhulde' psychosociale problematiek (somatische klachten die niet puur somatisch beoordeeld worden), komt het meest voor bij klachten die in de RFE vallen onder de hoofdstukken 'zenuwstelsel', 'spijsverteringsorganen', 'algemene, niet-specifieke klachten', 'bloedsomloop' en 'spijsverterings-, voedings- en endocriene stoornissen', (Bensing en Sluijs, 1984).

Lamberts en Hartman (1982a en b) gaan ook wat meer in op de achtergronden van deze psychosociale problemen. Zij beschrijven het vóórkomen van psychische en sociale problematiek bij 16.843 patiënten gedurende twee jaren. Psychische en sociale problemen, door Lamberts e.a. 'probleemgedrag' genoemd, komen vaker voor bij chronisch zieken en ook bij patiënten die vaak hun huisarts bezoeken. Ze worden relatief veel aangetroffen bij vrouwen rond de 50 jaar en bij chronisch zieke oudere mannen. Artsen verschillen sterk in het percentage psychische en sociale klachten dat ze opmerken, maar de bovengenoemde relaties treden wel bij alle artsen afzonderlijk op. Het is niet duidelijk of artsen patiënten met 'probleemgedrag' vaak zien vanwege deze problemen, of dat de patiënten zo 'gelabeld' worden vanwege het frequente bezoek. Huygen, Van den Hoogen, Van de Logt e.a. (1984) bespreken de resultaten van zeven jaar registreren. Negentig procent als psychosociaal geregistreerde klachten zijn nerveus-functionele klachten (klachten waarbij geen lichamelijke oorzaak kan worden gevonden en waarbij een psychosociale oorzaak waarschijnlijk is). Ze komen vooral voor bij vrouwen van 15-65 jaar en mannen van 30-40 jaar. Meer in de sfeer van de casuïstiek beschrijft Huygen op grond van de hiervoor genoemde registratie het beloop van onder meer psychosociale problematiek en de presentatie hiervan door de patiënt op de zeer lange termijn (Huygen, 1978). De manier waarop problemen omgezet worden in ziektegedrag blijkt van generatie op generatie "over te erven", is de meest belangwekkende conclusie van dit onderzoek. Op kleine schaal is in verschillende huisartspraktijken soortgelijk onderzoek gedaan naar het voorkomen, het beloop en de correlaten van psychosociale problematiek (bijv. Kuypers, 1966; Van Lidth de Jeude, 1971; Gozin, 1981), maar dit soort onderzoek heeft meer als verdienste gehad dat het inspireerde tot latere grotere studies, dan dat het tot generaliseerbare resultaten leidde.

Het onderzoek van Kocken (1984) heeft eveneens op één praktijk betrekking. Hij beperkt zich, in tegenstelling tot de hiervoor genoemden, niet tot een telling van het aantal psychische klachten, maar bestudeert het beloop ervan gedurende een aantal jaren. Nieuwe psychische klachten met als uitingsvorm 'nervositas' of 'hyper-esthetisch-emotioneel syndroom', blijken een veel betere prognose te hebben dan gemiddeld; patiënten die reeds in behandeling zijn, een psychosociale voorgeschiedenis hebben én functionele klachten presenteren, hebben een relatief slechte prognose: het is deze categorie die de chronisch klagende patiënt voortbrengt. Dit lijkt overigens een tautologie te zijn.

Beperkt probleem-registratie bij huisartsen zich tot een klein aantal praktijken die bij onderzoek betrokken zijn, in het Algemeen Maatschappelijk Werk wordt sinds enige jaren landelijk ieder hulpverleningscontact en de aard van het aangeboden probleem geregistreerd (zie ook de bijdrage van Kersten in deze bundel over het Algemeen Maatschappelijk Werk). In 1982 zijn gegevens vastgelegd met betrekking tot 177.000 hulpeenheden (één persoon of systeem) (CBS, 1984).

Deze gegevens zijn echter nog nauwelijks voor verdere analyse gebruikt. Bekend is wél het vóórkomen van probleemcategorieën over een belangrijk deel van dit bestand (zie tabel 1).

Incidenteel is onderzoek gedaan naar psychosociaal probleemaanbod bij andere hulpverleners in de eerstelijns, zoals wijkverpleging, fysiotherapie en gezinsverzorging.

In Crebolder's studie naar het gezondheidscentrum Withuis gaf 4% van de ondervraagde patiënten aan voor psychosociale problemen naar de wijkverpleegkundige verwezen te zijn (Crebolder, 1977).

Scheffer en Woldringh (1975) lieten 13 wijkverpleegkundigen gedurende tien werkdagen hun contacten registreren, waarbij psychosociale problematiek een rol speelde. Dit leverde 171 cliënten met psychosociale problematiek op, aan wie in totaal 291 bezoeken werden afgelegd. Jammer genoeg, vermelden de onderzoekers niet de totale werkbelasting. De problemen hadden vooral betrekking op chronische ziekte, ouderdom, huwelijk en seksualiteit, opvoeding, eenzaamheid, ontslag uit ziekenhuis of inrichting en op huisvesting/inwoning.

Knapen, Scheffer en Hutjes (1975) constateerden bij 40% van de cliëntèle van de wijkverpleging behoefte aan hulp in verband met 'houding ten opzichte van ziekte of handicap', bij 17% in verband

Tabel 1: probleemaanbod bij het algemeen maatschappelijk werk

omschrijving probleemgebied	problematiek bij intake in percentages	gemiddeld aantal contacten naar probleem waaraan is gewerkt
inkomen	8%	5
besteding	5%	8
huisvesting	14%	4
vorm/opleiding	3%	5
arbeid	3%	6
gezondheid	7%	6
echtscheiding	7%	8
relatie partner	12%	9
relatie ouders/kinderen	10%	7
relatie tot anderen	4%	6
relatie tot maatschappelijke organisatie	3%	5
multi-probleemgezin	2%	22
verwerking eigen omstandigheden	7%	10
eenzaamheid	2%	9
identiteit	6%	11
verslaving	1%	9
psychische problemen	5%	10
cultuurverschillen	1%	6
	100%	
n =	70.036	

Bron: Joint, Registratiegegevens 1982 (van 81 instellingen)
 Het betreft 70.036 hulpeenheden waar 101.552 cliënten zijn betrokken. Eenmalige informatie- en adviesgesprekken die minder dan één uur vergen zijn hier **niet** geregistreerd.

met relationele problemen, en bij 10% in verband met materiële problemen. Deze hulpbehoeften deden zich in de meeste gevallen voor, naast behoefte aan verpleegkundige zorg.

Verhaak (1984c) onderzocht gedurende vier maanden welke psychosociale problematiek bij alle teamleden van een gezondheidscentrum werd aangemeld. De drie wijkverpleegkundigen meldden van de circa 600

huisbezoeken 191 contacten, waarbij psychosociale problematiek aan de orde was. Deze contacten hadden betrekking op ongeveer 120 patiënten. De problematiek had vaak betrekking op ouder-kind-relaties, verwerking van ziekte en sterven, en verzorging van zieken en gehandicapten.

Al deze onderzoeken zijn explorerend: het betreft kleine aantallen hulpverleners die gedurende korte tijd problemen registreerden in een theoretisch weinig uitgewerkt categorieënsysteem.

Bij de gezinsverzorging worden in 12% van de gevallen 'psychische redenen' opgegeven als reden van hulpverlening (Smit, 1982). Ook hier is veelal sprake van een combinatie met andere problemen.

Bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut is volgens Crebolder in de helft van de gevallen psychosociale problematiek verweven met somatische problematiek (Crebolder, 1977). Buyten, Van den Hoogen, Monteny e.a. (1977) noemen 68%. Nekklachten, lage rugklachten en schouderklachten worden het meest genoemd als gecombineerd met psychosociale problemen. Ook deze onderzoeken zijn explorerend van karakter.

4. HULPVERLENING BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE EERSTELIJN

In deze paragraaf komt het onderzoek naar de hulpverlening op het gebied van psychosociale klachten aan de orde. We onderscheiden de volgende aspecten aan de eerstelijns-hulpverlening:

- preventie;
- probleemdefiniëring;
- behandeling;
- verwijzing.

4.1. Preventie

De mate waarin preventieve activiteiten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in het takenpakket van verschillende disciplines voorkomen en zinvol te onderscheiden zijn van andere activiteiten, verschilt nogal. Het is zelfs de vraag of we in het algemeen wel zinvol over preventieve activiteiten kunnen spreken, of dat het veel meer om een preventieve attitude gaat, die zich niet laat uit-

drukken in afzonderlijke activiteiten (vgl. Van de Berg, 1977). Het ontbreken van preventieve activiteiten zegt dus niet alles over wat de betreffende hulpverlener aan preventie doet.

Het zwaartepunt van de preventieve geneeskundige zorg ligt bij de basisgezondheidszorg. Soms wordt de gehele gezondheidszorg in termen van preventie beschreven, zoals in 'Wij in de wijk' (NK, 1983). De term is hier enigszins aan inflatie onderhevig, maar dit neemt niet weg dat vooral het werk van de wijkverpleegkundige zo is ingericht, dat ze regelmatig psychosociale problemen tegenkomt, zonder dat ze daar systematisch naar op zoek is. Ditzelfde geldt voor gezinsverzorg(st)er, fysiotherapeut(e) en diëtist(e). In het 'Basistakenpakket van de huisarts' (LHV, 1983) worden preventieve taken expliciet vermeld. In het cliëntgerichte werk bij het AMW komt preventie niet als apart te onderscheiden activiteit voor. Algemeen maatschappelijk werkers verrichten echter veel activiteiten als groepswerk, consultatie, en sociale actie, waaraan preventieve elementen te onderscheiden zijn.

Psychologen in de eerstelijns zeggen op soortgelijke wijze preventieve activiteiten te bedrijven. Ook kortdurende behandeling wordt wel gezien als het voorkómen van ernstige psychische problematiek (Derksen, 1982), maar in de indeling van dit hoofdstuk rangschikken we dit onder behandeling.

Het preventief handelen van de huisarts is uitgebreid onderwerp van studie geweest in het project 'Preventie van somatische fixatie' (zie o.a. Grol, Van Eijk, Huygen e.a. (1981). Zie voor een uitgebreider bespreking van de uit dit project voortgekomen onderzoeken de bijdrage van Sluijs over de huisarts in deze bundel).

Bij 'somatische fixatie' gaat het om iets dat breder is dan alleen 'psychosociale klachten', maar er is een duidelijke relatie tussen beide. De onderzoekers hebben een model ontwikkeld, waarin duidelijk wordt gemaakt hoe indringende gebeurtenissen tot klachten leiden, die (mede) door het handelen van de arts een dusdanige betekenis kunnen krijgen, dat de klachten een eigen leven gaan leiden. Het betreft klachten die naar verschijningsvorm somatisch zijn, maar op de dimensie somatisch-psychosociaal als 'niet-puur somatisch' worden gescoord. Het voorkomen van een dergelijk zichzelf versterkend systeem wordt 'preventie van somatische fixatie' genoemd. De empirische gegevens waarop de theorie over somatische fixatie onder meer berust, zijn afkomstig van de Continue Morbiditeitsregistratie in Nijmegen. Daarnaast werden extra gegevens bij 400 gezinnen verzameld over probleemoplossend vermogen en omgang met gezondheidsstoornissen. Van Eijk (1979) komt naar aanleiding van deze gegevens tot de

conclusie dat de huisarts vooral een belangrijke signalerende functie heeft. Hij dient ingrijpende gebeurtenissen zorgvuldig vast te leggen en bij interpretatie van klachten gebruik te maken van zijn kennis over de context waarbinnen ze tot stand zijn gekomen. Daarbij dient hij bedacht te zijn op een mogelijke medicaliserende werking van zijn optreden.

Voortbouwend op deze inzichten, zijn er instrumenten ontwikkeld om het gedrag van artsen te beoordelen op bijdrage aan processen van somatische fixatie (Mokkink, Smits en Grol, 1982). Deze instrumenten worden in de huisartsenopleiding gebruikt en bij onderlinge toetsing door huisartsen. Daarnaast zijn vragenlijsten ontwikkeld waarmee de preventieve attitude van huisartsen in dit opzicht worden gemeten (Grol, 1983). De attitudes die in verband met psychosociale hulpverlening van belang zijn, hebben betrekking op taakopvattingen en competentiegevoelens op psychosociaal gebied, opvattingen over het nemen van risico's en de angst om fouten te maken, opvattingen over de arts-patiënt relatie en opvattingen over de invloed van psychosociale factoren.

Uit het overigens schaarse onderzoek naar de preventieve functie van de wijkverpleging blijkt dat een belangrijk deel van de problematiek gesignaleerd wordt tijdens huisbezoek vanwege curatieve redenen (Scheffer en Woldringh vonden dat 47% van de psychosociale problemen zo ontdekt zijn). In 17% van de gesignaleerde problematiek was de wijkverpleegkundige initiatiefnemer tot het huisbezoek uit preventieve overwegingen (voornamelijk zuigelingen- en kleuterzorg en bejaardenzorg).

Boerma (1983) verrichtte onderzoek naar preventieve zorg in gezondheidscentra en vond dat de helft van de responderende wijkverpleegkundigen soms uit eigen initiatief oriënterende huisbezoeken bij bejaarden afleggen, terwijl 14% van alle mensen boven een bepaalde leeftijd systematisch werd bezocht.

Boerma informeerde ook naar de preventieve activiteiten van maatschappelijk werkers in gezondheidscentra. Hij onderscheidt als thema's de vroegtijdige begeleiding van mensen met psychosociale problemen, signalering van structurele problemen en groepsgewijze behandeling. Van de ondervraagde maatschappelijk werkers deed 60% aan groepsgewijze begeleiding, 30% aan individuele anticiperende begeleiding van personen met een hoog risico, 11% aan groepsgewijze anticiperende begeleiding, en 30% aan groepsgewijze voorlichting. Structurele problemen werden door bijna 70% van de maatschappelijk werkers in gezondheidscentra in het team ter sprake gebracht en in

de meeste gevallen met de verantwoordelijke instanties besproken. Slechts 13% van de maatschappelijk werkers deed er niets mee. Groepsgewijze behandeling betrof vaak patiënten met functionele klachten (43 van de 62 maatschappelijk werkers die groepsgewijs patiënten begeleidden, rapporteerden dit), relatieproblemen (12 van de 62) en verlies, rouw en echtscheiding (12 van de 62). Over dergelijke activiteiten buiten gezondheidscentra zijn ons geen gegevens bekend.

In beleidsstukken over het werk van de psycholoog in de eerstelijns worden ook preventieve activiteiten met name genoemd (NIP, 1984), maar empirisch onderzoek naar deze activiteit is nog niet verricht. Wel is een aantal consultatieprojecten onderzocht, dit zijn projecten waarin bijvoorbeeld psychologen, maatschappelijk werkers en psychiaters consultatie aan huisartsen geven (Bensing, Kluver, Schut e.a., 1980; Ter Stegge, 1982; Sanavro, 1982). Bensing e.a. vinden een zeer gering effect van de consultatie op het gedrag van huisartsen. Sanavro constateerde wel een verandering in de attitude van huisartsen. De huisartsen konden emotioneel gesproken beter met 'probleempatiënten' omgaan hoewel de behandeling in grote lijnen hetzelfde bleef.

4.2. Probleemdefiniëring

Probleemdefiniëring is als apart onderwerp opgevoerd, omdat het zo'n cruciale stap binnen de generalistische hulpverlening in de eerstelijns is. Mensen komen met een nog niet nader omschreven probleem bij een rechtstreeks toegankelijke hulpverlener terecht, die dan uit moet maken of de hulpverlening al dan niet binnen een gespecialiseerd subsysteem verleend moet worden en welk subsysteem dit dan zal zijn. Vooral bij de somatisch aangeboden problemen, waarbij psychosociale elementen van belang worden geacht, is dit van belang. Het zal duidelijk zijn dat dit vooral bij de huisarts speelt. Wijkverpleegster, gezinsverzorgster en fysiotherapeut, signaleren weliswaar, maar hebben niet de functie te schiften en hebben ook geen verwijfsbevoegdheid.

Bij de maatschappelijk werker en de psycholoog is een deel van de schifting al geschied, óf door de patiënt, óf door de huisarts, die verwezen heeft. Dat wil niet zeggen dat er door deze meer gespecialiseerde hulpverleners geen probleemdefinitie meer plaatsvindt; de psycholoog bijvoorbeeld beschikt met de functionele analyse en andere psychologische diagnostiek over de instrumenten bij uitstek voor

dit doel. Maar dat is een schifting op een meer specialistisch niveau. Uitmaken of iets psychisch dan wel somatisch is, is er in de regel niet meer bij.

Jacobs, Kuyvenhoven, Van Nunen e.a. (1980/1981) onderzochten de hulpverlening door de huisarts bij vage klachten, in een simulatie-onderzoek. Hun onderzoek gaat vooral over het ontwikkelen van instrumenten om het gedrag van huisartsen te beoordelen. De aandacht die de arts aan lichamelijke oorzaken en aan de psychosociale context besteedt, blijkt betrouwbaar gemeten te kunnen worden. Minder gemakkelijk daarentegen is het om de dimensie 'kans op onnodige schade' betrouwbaar te meten.

Het reeds vermelde onderzoek van Mokkink, Smits en Grol, is hiermee vergelijkbaar. Ook hier worden dimensies gemeten als 'medisch-technisch' handelen, (te veel/te weinig), 'gericht en systematisch werken', 'psychosociaal handelen', en 'hanteren van de arts/patiëntrelatie'. Grol (1983) ging na in hoeverre de eerder besproken preventieve attitude samenhangt met deze gedragsdimensies. Hij vond onder andere dat artsen met een psychosociale taakopvatting meer open staan voor patiënten en minder psychosociale informatie negeren. Artsen die zeker van zichzelf zijn (uitgedrukt in het accepteren van risico's en de angst voor fouten bij niet ernstige aandoeningen) merken in de praktijk meer psychosociale informatie op; ditzelfde geldt voor artsen die openstaan voor de patiënt en er een psychosociale oriëntatie op nahouden. Behalve deze laatste opvatting leverden alle genoemde variabelen een onafhankelijke bijdrage aan de verklaring voor de mate waarin de arts psychosociale informatie laat liggen.

Binnen de onderzoeksprojecten naar de hulpverleningsprocessen in de huisartspraktijk die het NHI uitvoerde, stond de vraag centraal hoe de arts het arts-patiënt-gesprek zo kan laten verlopen dat de mogelijkheid om psychosociale problemen op te sporen optimaal was. Alleen aandacht en empathie bleken niet voldoende, een actief zoekende houding was een noodzakelijke voorwaarde om tot meer psychosociale probleemdefinities te komen (Bensing en Verhaak, 1982).

Verhaak (1983/1984) vindt dat ook de 'communicatiestijl' van de arts samenhangt met het aantal psychosociale probleemdefinities. De communicatiestijl die tot meer psychosociale probleemdefinities leidt, wordt gekenmerkt door: overleggen met de patiënt over mogelijke diagnose en behandeling, verhelderen van de hulpvraag, alvorens aan de anamnese te beginnen, een aandachtige houding van de arts en een

'actief zoekende' houding.

Een dergelijke communicatiestijl treffen we vooral aan bij artsen die zeggen waarde te hechten aan overleg met de patiënten en die een holistische aanpak voorstaan, waarbij het lichamelijke aspect niet het enige criterium is waarop ze hun handelen baseren. Deze artsen blijken ook relatief vaak samen te werken met psychosociale hulpverleners en hebben zich meer nageschoold op het gebied van psychosociale hulpverlening (Verhaak, 1983/1984).

In dit zelfde onderzoek wordt op dit moment onderzocht welke factoren ervoor zorgen dat het gesprek een zodanige wending neemt, dat psychosociale aspecten bij lichamelijke klachten besproken worden. Door middel van vragenlijst-onderzoek is bij 250 huisartsen nagegaan welke artsen geneigd zijn om veel klachten als 'psychisch' te benoemen. Globaal blijken dit dezelfde artsen te zijn met de hierboven genoemde 'patiëntgerichte' communicatie-stijl. Deze artsen noemen echter alleen meer klachten psychisch dan hun meer somatisch georiënteerde collegae als zij de begeleiding en behandeling van psychosociale problemen als hun taak zien en zich daartoe ook competent voelen.

Als huisartsen deze taakopvatting niet hebben of zich tot zo'n taakuitoefening niet competent achten, is veel minder goed te voorspellen hoeveel klachten ze 'psychosociaal' zullen noemen (Verhaak, 1983/1984).

4.3. Behandeling

Behandeling van psychosociale problemen door anderen dan huisartsen, psycholoog en maatschappelijk werkers, is geen onderwerp van onderzoek geweest. Dit is in zekere zin voor de hand liggend, gezien de meer signalerende en begeleidende functie, die andere eerstelijns-hulpverleners met betrekking tot psychosociale problemen wordt toegedacht (uitgezonderd wellicht een aantal aspecten van het fysiotherapeutisch handelen, zoals relaxatie en ontspanningsoefeningen en pijnbestrijding).

Behandeling door de huisarts is in het reeds eerder vermelde monitoring-project vastgelegd met betrekking tot 4.066 cliënten van 45 tot 65 jaar (Lamberts en Hartman, 1982a en b). De mogelijkheden die men kon registreren waren 'géén therapie', 'psychofarmaca', 'systematische gespreksvoering' en 'advies/voorlichting'¹.

Bij meer dan 35% van de psychosociale problemen wordt 'geen therapie' vermeld. Het komt alleen zelden voor dat slaapproblemen niet

behandeld worden. Meestal wordt bij deze problemen psychofarmaca voorgeschreven (83%). Andere diagnoses waarbij psychofarmaca regelmatig wordt genoteerd, zijn problemen met angst (31%), depressieve klachten (42%) en overige neurotische klachten (34%). 'Systematische gespreksvoering' komt ook wel voor bij deze problemen (respectievelijk 16%, 23% en 22%), maar dit gebeurt frequenter bij de diagnose 'overwerkt' (27%), 'voorbijgaande, door de situatie bepaalde storing' (33%), persoonlijk probleem bij ziekte (40%), huwelijksproblemen (49%), ouder-kind-probleem (60%) en bij werkproblemen (41%).

Bij 'tabakmisbruik' en 'werkproblemen' wordt tenslotte vaak advies en voorlichting gegeven (50% respectievelijk 28%). Het lijkt erop dat de meer intrapsychische problematiek vooral met psychofarmaca wordt behandeld, terwijl problemen die een reactie op de buitenwereld vormen, vaker gespreksmatig worden behandeld. Voorts werd in het onderzoek vastgesteld dat artsen onderling erg verschillen in hun werkwijze, ook bij eenzelfde probleem of diagnose.

Ook Verhaak (1983/1984) onderzocht hoe artsen psychosociale problemen en 'niet puur somatische' problemen behandelden. Zoals al vermeld gaat het hier om een video-observatie onderzoek (723 klachten, 30 artsen).

In 35% van de gevallen negeerden artsen psychosociale aspecten van de klacht. In 55% van de gevallen werd een gesprek gevoerd (in 26% van alle gevallen zou dit onder het kopje 'systematische gespreksvoering' van Lamberts en Hartman² vallen) en in 7% werd psychofarmaca voorgeschreven. In 6% van de gevallen was er sprake van een advies. Ook hier waren weer grote onderlinge verschillen tussen de artsen te zien, zowel wat betreft het al of niet behandelen, als wat betreft de wijze van behandelen. Artsen met een patiëntgerichte communicatie-stijl, die actief zoeken naar nieuwe aspecten, reageren vaker op psychosociale problematiek of op psychosociale aspecten van somatische klachten. Het voorschrijven van medicijnen door de huisarts en de determinanten, die de onderlinge verschillen in voorschrijven bepalen, zijn uitgebreid onderzocht door Haaijer-Ruskamp (1984). Een deel van haar onderzoek was gewijd aan de determinanten van het voorschrijven van sedativa en hypnotica en tranquillizers/benzodiazepines. Behalve de determinanten die ook het totale voorschrijfgedrag beïnvloeden, zoals urbanisatiegraad en aantal bejaarden in de praktijk, speelde bij het voorschrijven van kalmerende middelen en slaapmiddelen de werkbelasting van de arts een belangrijke rol: artsen die veel patiënten per dag zien, schrijven meer van dergelijke middelen voor (ook na controle voor andere variabelen). Bij de tranquillizers/benzodiazepines was dit niet zo. Ook was

er voor beide geneesmiddelengroepen geen verband met een speciale belangstelling van de arts voor psychiatrie of psychosomatische ziekten. In zijn onderzoek naar 'probleempatiënten' vond Sanavro (1982) dat patiënten die zich zeker voelden eerder psychofarmaca voorgeschreven kregen.

Bensing en Sluijs (1984) wijzen op de consequenties van psychosociale problematiek voor de werkbelasting van de huisarts. Consulten waarin psychosociale problematiek ter sprake komt, duren aanzienlijk langer dan consulten over somatische problemen (respectievelijk 7.7 minuten 4.1 minuut), en bovendien is er bij dergelijke problematiek vaker sprake van herhalingscontacten.

Wij hebben ook gezocht naar onderzoek waar behandeling van specifieke problemen het onderzoeksthema was. Vooral is in dit kader van belang in hoeverre onderzoek is verricht naar de groepen waar in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid aandacht voor wordt gevraagd (Ministerie van WVC, 1984).

Psychosociale problemen bij bejaarden komen zijdelings aan de orde in het onderzoek dat het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft uitgevoerd naar de behoefte aan bejaardenzorg in de toekomst, op basis van gegevens uit het Leefsituatie-onderzoek 1977, het Aanvullend Voorzieningengebruik-onderzoek 1979 en het Woningbehoefte-onderzoek 1977 (Mootz en Timmermans, 1981). Mantelzorg en professionele hulp (met name op het gebied van de gezinszorg) lijken elkaar aardig aan te vullen, althans: daar waar de mantelzorg achterwege blijft, springt de professionele hulp bij.

Van Genuchten (1983) onderzocht de meningen van Amsterdamse huisartsen over vóórkomen en behandeling van psychogeriatrische problematiek. Huisartsen vinden dat deze problemen veel voorkomen (men acht 17% van de patiënten boven de 65 jaar een 'psycho-geriatrisch geval'). Veel voorkomende problemen zijn eenzaamheid en seniele dementie. Bij de huidige voorzieningen blijken deze patiënten soms 'uit de boot te vallen'.

Het tweemaal aan huisartsen voorleggen van dezelfde klacht met als enige verschil de leeftijd van de patiënt, leerde dat artsen bij bejaarden symptomen meer somatisch en bij jonge mensen meer psychisch duiden. Overigens constateert Meyboom-De Jong (1984) dat over bejaarden in het algemeen nauwelijks en over hun psychische problemen in het geheel niet door huisartsen wordt gepubliceerd.

Psychosociale problemen van migranten staan de laatste jaren wel in de belangstelling (vgl. bijvoorbeeld Schrameijer en Mak, 1983). Voor dit onderwerp verwijzen we naar de bijdrage van Hamers in deze bun-

del over etnische minderheden.

Onderzoek naar slachtoffers van geweld is in Nijmegen verricht (Verjans en De Groot, 1980). Naar aanleiding van het NHG-Najaarscongres 1983 (Thema: Huisarts en Geweld) is in de loop van 1984 een aantal beschouwingen over dit onderwerp verschenen in Huisarts en Wetenschap, maar hierin worden geen onderzoeksgegevens vermeld.

Een specifieke vorm van psychosociale hulpverlening, waarover enig onderzoek beschikbaar is, is stervens- en rouwbegeleiding. Spreeuwenberg (1981) doet uitgebreid verslag van een exploratieve studie bij een twintigtal huisartsen, naar hun meningen over en ervaringen met de begeleiding van stervende patiënten. Boerma (1982) onderzocht de rol die de verschillende hulpverleners in gezondheidscentra spelen bij stervens- en rouwbegeleiding. Ook daaruit blijkt dat zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige de belangrijkste hulpverleners zijn bij stervens- en rouwbegeleiding.

Tot slot noemen we een aantal onderzoekingen naar specifieke, psychosociale problemen, die echter te gedetailleerd zijn om hier uitgebreid te bespreken.

Over het vóórkomen, de diagnostiek en de behandeling van hyperventilatie in de huisartspraktijk is gerapporteerd door Grauenkamp (1981), Grauenkamp, Van Riel en De Graaf (1983), Grauenkamp en Van Riel (1984) en Terluin (1983). Terluin onderzocht bij 78 patiënten de omstandigheden waaronder het Hyperventilatie-syndroom (HVS) ontstond en Grauenkamp e.a. vroegen 25 huisartsen naar hun mening over het vóórkomen en de behandeling van het HVS. De auteurs concluderen dat de diagnose HVS door huisartsen minder vaak wordt gesteld dan de literatuur op dit gebied doet vermoeden.

De Graaf (1984) onderzocht het vóórkomen van klachten over slaapstoornissen in de huisartspraktijk en constateerde dat dit zelden op zichzelf staande problemen waren.

Schadé (1984) doet verslag van de ervaringen van huisartsen bij de begeleiding van patiënten met kanker.

Wat een maatschappelijk werker doet aan behandeling van psychosociale problemen is op grote schaal geregistreerd in globale termen: 'informatie geven', 'advies geven', 'bemiddelen', 'begeleiden', 'concrete diensten verrichten' en 'groepsgewijze behandeling'. Deze gegevens kunnen gekoppeld worden aan de behandelde problemen, de duur van de behandeling, kenmerken van de patiënt, etc. Dergelijk onderzoek is tot op heden weinig verricht. Wij kennen alleen de getallen die de Joint hierover gepubliceerd heeft (Joint, 1983): Voor het geven van informatie en advies zijn gemiddeld weinig contacten

nodig (gemiddeld 2.4). Ook bemiddeling en concrete diensten zijn vormen van hulpverlening, die niet veel contacten vergen (4.3, resp. 3.4) en vooral toegepast worden bij problemen met betrekking tot inkomen, huisvesting en dergelijke. Het geven van begeleiding vergt de meeste contacten (gemiddeld 11.1). Deze vorm van behandeling komt het meest voor bij relatie- en psychische problematiek. Groepsgewijze behandeling wordt wel toegepast bij eenzaamheidsproblemen, identiteitsproblemen, gezinsproblemen en verwerkingsproblemen.

Op het niveau van de interactie tussen maatschappelijk werker en hulpverlener is ons één, zij het zeer uitgebreid onderzoek bekend: "Verhalen van hulp" van Stikker en Van Gelder (1980). In ongeveer 840 pagina's tekst wordt het wel en wee van 25 cliënten en hun hulpverleners beschreven. De wederzijdse visie op de totstandkoming van het hulpverleningscontact, de aard van de problemen, de doelstellingen van de hulpverlening, de afsluiting en de evaluatie van de hulpverlening wordt uitputtend geanalyseerd. Effectstudies met een meer evaluerend karakter ontbreken op het gebied van hulpverlening door maatschappelijk werkers.

Ook studies naar de effecten van behandelingen door psychologen in de eerstelijns zijn schaars en leveren weinig 'harde' gegevens op. Wel blijkt dat ook psychologen onderling verschillen in hun werkwijze. Wat als algemeen kenmerk overblijft bij het doornemen van verslagen, interviews, onderzoeken en theoretische literatuur (deze is uitputtend geïnventariseerd in de bibliografie 'Huisarts-psycholoog' (Verhaak, 1985); zie voorts onder meer Derksen (1982) en NIP (1984), is het eclectische karakter van de gebezigde technieken en het veelal beperkte aantal contacten (minder dan tien). Systematisch onderzoek binnen de eerstelijns naar geëigende therapievormen voor verschillende soorten cliënten of problemen is niet gedaan. Onderzoek waarin gepoogd wordt de mogelijkheden van psycholoog, AMW en AGGZ te vergelijken, is in een voorstudie blijven steken (Smits, Hosman en Van Kester (1984).

Een probleem bij onderzoek naar het werk van psychologen in de eerstelijns is het ontbreken van een eenduidige nomenclatuur: zowel de benoeming van klachten en problemen als van therapievorm wisselt van therapeut tot therapeut. Over de resultaten van psychologische behandeling lopen de meningen uiteen; in de evaluatie van het SPEECH-project beoordeelde de psycholoog 70% van de cliënten (sterk) verbeterd; de medische consumptie van die cliënten was echter ten

opzichte van controlegroepen nog steeds hoog (Verhaak, 1979). Eenzelfde soort resultaat meldt Huygen (1981). Andere therapeuten beoordelen hun resultaten niet aan de hand van output-criteria, maar geven slechts het percentage 'beëindigd met wederzijds goedvinden' versus 'afgebroken' of 'cliënt blijft weg' (Bernts, 1980; De Geus, Nix, Schimmel e.a. 1981). Overigens is in dit opzicht ook het geluid te horen dat het eerstelijnskarakter van het werk van de psycholoog met zich meebrengt dat men "zorgt" en niet 'geneest'; dat men de patiënt weer een tijdje op het goede spoor zet, zonder de pretentie alle problemen nu te hebben opgelost.

Verwijzen

Het verwijzen van patiënten met psychosociale problemen komt weinig frequent voor en is wellicht daarom weinig onderzocht. Lamberts en Hartman constateren 1 à 2 verwijzingen naar maatschappelijk werk en nog minder naar psychiatrie en AGGZ.

Maatschappelijk werk wordt vooral ingeschakeld bij angst, hypochondrie, depressie, overwerkt zijn, huwelijksproblemen, ouder-kind-problematiek en werkproblemen. Psychiatrie en AGGZ worden vooral ingeschakeld bij 'overige neurosen' en ook wel bij depressies en ouder-kind-problemen. In het onderzoek naar interdoktervariantie (Verhaak) werd 3% van de patiënten met psychosociale klachten verwezen naar psychosociale hulpverleners.

Bensing en Verhaak (1980) onderzochten of huisartsen onder invloed van consultatie hun verwijzgewoonten zouden veranderen. Zij constateerden dat de artsen onderling sterk verschilden in hun verwijzgewoonten en dat consultatie geen noemenswaardige invloed op dit gedrag had.

Gedurende de vier maanden durende registratie van psychosociale problematiek in een gezondheidscentrum (Verhaak 1984c) werden ook de verwijzingen geregistreerd. Opvallend was dat meer psychosociale problematiek naar hulpverleners buiten het team werd verwezen, dan er intern bleef én dat veel verwezen patiënten, met name binnen het team (buiten het team was dit niet meetbaar) nooit op de plaats van bestemming komen.

Tenslotte moet in dit kader melding gemaakt worden van het onderzoek naar knelpunten tussen de eerstelijnszorg en AGGZ (Smits, Hosman en Van Kester, 1984), waaruit blijkt dat de eerstelijns op het hele scala van preventie-, diagnostiek-, behandeling- en verwijzing, ondersteuning vanuit de AGGZ kan gebruiken, maar het zelden krijgt. Zie voor de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en AGGZ ook de bijdrage van Peters in deze bundel.

5. ONDERZOEK NAAR DE HULPVRAGER

Zoals in de inleiding al gezegd is, beperken we ons in dit hoofdstuk tot zeer globale lijnen, omdat onderzoek naar de hulpvrager doorgaans niet over de eerstelijns gaat, maar een veel breder terrein beslaat. Bovendien verschijnt eind 1985 een trendstudie over psychosociale problemen waar veel dieper op dit onderwerp wordt ingegaan (IVA).

Het onderzoek naar persoonskenmerken die zouden leiden tot of samenhangen met psychosociale problemen is zeer uitgebreid. Voor overzichten verwijzen we naar Jansen (1981), Van Lieshout (1984), Stal en Scheffer (1984), Van de Vliert en De Boer (1984), Van Daal (1984).

Onderzoek naar persoonskenmerken die leiden tot hulp zoeken, persoonskenmerken die interfereren met diagnostiek en behandeling, of die mede bepalend zijn voor het succes van behandeling, kortom, onderzoek naar de hulpvrager in de eerstelijns, is minder wijd verbreid.

In het hiervoor reeds belichte onderzoek naar het voorkomen en de behandeling van psychosociale problemen is al aan de orde gekomen dat vrouwen meer dan mannen met dergelijke problemen bij de huisarts komen en dat deze problemen vooral voorkomen in de leeftijdscategorie 40-60 jaar. In een aantal onderzoekingen heeft men getracht persoonlijkheidstypologieën te construeren van patiënten met vage klachten, van probleempatiënten, of van 'grootverbruikers'.

Het blijkt moeilijk op basis van persoonlijkheidskenmerken patiënten met vage klachten te onderscheiden van patiënten met psychosociale problemen zonder somatische problematiek (Van Loon en Schouwenburg, 1977). Beide 'typen' patiënten scoren hoog op subschalen van de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV), namelijk op die schalen die neuroticisme en verongelijkheid of somatiseren meten. In deze schalen zijn neuroticisme en slechte gezondheid echter sterk gecontamineerd (vgl. Van der Zee, 1982); ook de Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid (VOEG) wordt vaak gebruikt in onderzoeken naar medische consumptie.

De 'harde kern' uit de VOEG, die discrimineert tussen patiënten met vage klachten en gezonden, wordt gevormd door maagklachten en pijn in de botten, en elementen uit het zogenaamde neurastheen syndroom (Schouwenburg, 1977). Patiënten die hun huisarts vaak bezoeken scoren hoger op de VOEG dan patiënten die zelden een bezoek aan de

huisarts afleggen (Van der Ploeg, 1980). De VÖEG-score draagt echter nauwelijks bij in het onderscheid tussen 'probleempatiënten' en 'niet-probleempatiënten' (Sanavro, 1982).

Neuroticisme scores en somatische labiliteit uit de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) zijn ook gebruikt om patiënten met veel en weinig contacten te onderscheiden. De neuroticismescores verschillen aanzienlijk tussen beide groepen. Het bleek echter niet goed mogelijk op grond van dergelijke persoonlijkheidskenmerken het doktersbezoek van patiënten te voorspellen (Van der Ploeg). Ook Van der Zee vindt slechts zwakke verbanden tussen neurotische labiliteit en doktersbezoek: frequent doktersbezoek valt niet ondubbelzinnig aan persoonlijkheidskenmerken te koppelen. In zijn onderzoek naar 'probleempatiënten' vindt Sanavro dat deze patiënten zich vooral onderscheiden door hun 'afhankelijke' houding. Huisartsen dichten deze patiënten ook eigenschappen toe als 'zeuren', 'speelt de ziekenrol', 'gedraagt zich zielig' etc. Het is dit type patiënt dat de meeste psychosociale klachten gedurende een jaar presenteerde.

In de internationale literatuur tracht men doktersbezoek ten behoeve van vage klachten en niet-organisch bepaalde problemen te verklaren met behulp van het vermogen van de patiënt om problemen het hoofd te bieden ('coping behaviour'). In Nederland is dit met name door Van Eijk (1979) onderzocht. Zijn conclusies zijn niet eensluidend in die zin dat een hoog probleemoplossend vermogen (van het gezin, in dit geval) tot weinig lichte klachten leidt. Hij vindt wel dat het probleemoplossend vermogen het klachtenpatroon en het klachtenniveau beïnvloedt, maar de samenhangen die hij vindt zijn vrij complex. Sommige indicatoren blijken belangrijker voor de problemen van alledag, andere spelen pas een rol als zich ernstige levensgebeurtenissen voordoen en bovendien gelden deze verbanden niet in alle gevallen.

We besluiten deze paragraaf met enkele opmerkingen over het Regio-project Nijmegen (Tax, König-Zahn, Heydendael e.a. 1984). Ook de doelstelling van dit project is nader inzicht te verschaffen in de determinanten die het gebruik van de gezondheidszorg door de bevolking bepalen. In dit longitudinale onderzoek wordt de gezondheids-toestand van de bevolking 'gemeten' alsmede allerlei psychische eigenschappen zoals probleemoplossend vermogen, neuroticisme, etc. Deze variabelen zullen gerelateerd worden aan de medische consumptie in de eerstelijns. De eerste resultaten van dit onderzoek zullen waarschijnlijk eind 1985 beschikbaar komen.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Uit dit overzicht blijkt dat er vrij veel onderzoek naar psychosociale problemen is verricht en dat dit vooral gegevens over de huisarts en over het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft opgeleverd. Over de overige hulpverleners in de eerstelijns zijn veel minder gegevens beschikbaar.

Toch moeten we constateren dat alle inspanningen tot nu toe weinig 'harde' feiten hebben opgeleverd en dat er nog veel kennis ontbreekt.

Dit heeft ongetwijfeld te maken met de vaagheid van het begrip 'psychosociaal probleem' en de uiteenlopende opvattingen die hierover bestaan. Begripsdefiniëring en verdere uitwerking van de bestaande classificatiesystemen lijkt dan ook nodig. Er is daarnaast behoefte aan een multidisciplinair classificatiesysteem dat door alle hulpverleners in de eerstelijns gebruikt zou kunnen worden. Wil men bovendien het beloop van psychosociale problemen en 'patiëntencarrière' bestuderen, dan zullen de classificaties die in de eerstelijns gebruikt worden, ook afgestemd moeten worden op die van de tweede en derde lijn.

Daarnaast weten we op dit moment nog weinig over de begripsvaliditeit van de classificatiesystemen. Longitudinaal onderzoek naar het beloop van systematisch geclassificeerde klachten zou hieraan een bijdrage kunnen leveren. Wellicht levert dergelijk onderzoek ook gegevens op over de vraag hoe ernstige psychiatrische problematiek zich in eerste instantie manifesteert.

Wat betreft het voorkomen van psychosociale problemen zijn alleen gegevens bekend over het probleemaanbod bij de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk en de psycholoog in de eerstelijns. Over het aandeel van deze problematiek bij de overige hulpverleners is weinig bekend. Evenmin bestaan er gegevens over het voorkomen van psychosociale klachten bij de specifieke groepen die in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid worden genoemd. Onderwerpen die de studie waard zijn, zijn de problemen rond ziekte- en probleemdefiniëring tussen Nederlandse hulpverleners en migranten en de hulpverlener-patiënt/cliënt-relatie in die gevallen; samenwerking binnen de eerstelijns met betrekking tot psychogeriatrische problematiek (zeker in het kader van het geplande terugdringen van het percentage bejaardenoorden bij een toenemend aantal bejaarden) en jeugdgezondheidszorg en psychosociale preventie.

De verwevenheid van somatische en psychosociale problematiek blijft een ingewikkeld probleem. Huisartsen blijken hierover zozeer van mening te verschillen, dat nader onderzoek onvermijdelijk lijkt. Daarbij is het vooral van belang om te onderzoeken wat de consequenties zijn van het al dan niet herkennen van psychosociale problemen voor de behandeling en het beloop van de klachten.

Over de behandeling van psychosociale problemen zijn vooral over de huisarts vrij veel beschrijvende gegevens bekend. De indruk bestaat dat de gegevensbestanden die zijn opgebouwd ten behoeve van het 'Monitoring Project', de 'Continue Morbiditeitsregistratie', de 'Vidéotheek' van het NIVEL, het NHI-onderzoek naar 'probleempatiënten', de JOINT-registratie en andere AMW-registraties (bijvoorbeeld het Groningse maatschappelijke werk registratiesysteem uit 1980 dat door bezuinigingen geen gegevens meer oplevert) nog vele mogelijkheden tot onderzoek bevatten die momenteel niet benut zijn. Wat er op het gebied van de huisarts ontbreekt is onderzoek met een voldoende spreiding van huisartsen naar demografische kenmerken, urbanisatiegraad en praktijkvorm. Het soms zeer grote aantal cases heeft altijd op een klein aantal artsen betrekking, dit in tegenstelling tot de AMW-registraties (waar echter veel minder onderzoek mee gedaan is). Bij wijkverpleegkundigen en psychologen ontbreekt het allereerst aan een eenduidig begrippenapparaat. Wat psychosociale begeleiding door wijkverpleegkundigen inhoudt is nergens uitgewerkt; een probleemclassificatie bestaat evenmin. Psychologen geven in jaarverslagen en onderzoeken als probleem een mengeling van symptomen, psychiatrische diagnoses en manifestatievormen, waarbij het de vraag is hoe vergelijkbaar overeenkomstige termen bij diverse therapeuten zijn. Hetzelfde geldt voor therapieën die genoemd worden.

Onderzoek naar het behandelen van psychosociale problemen door fysiotherapeuten is door ons niet gevonden, hoewel psychosociale problemen veelvuldig ter sprake komen. Ook zou de fysiotherapeut over een aantal technieken beschikken, die bij uitstek geschikt zijn voor behandeling van spanningen, hyperventilatie en dergelijke. Een classificatie hiervan ontbreekt.

Wanneer we het beschrijvende niveau verlaten, ligt er nog een groot onderzoeksterrein braak. Het beloop van psychosociale klachten in de eerstelijns, onder invloed van diverse behandelingsalternatieven is nauwelijks onderzocht. Voor presentatie en behandeling van psychosociale problemen in verschillende praktijksituaties (bijvoorbeeld het nut van multidisciplinaire samenwerking) geldt hetzelfde. Afbakening van het werkkterrein van AMW en eerstelijnspsycholoog en vooral ook van de AGGZ is een belangrijk en actueel onderzoeksthema. In het

verlengde hiervan ligt de evaluatie van preventieve, consultatieve en diagnostische mogelijkheden van de psycholoog in de eerstelijns. De hulpverleningsmethoden van maatschappelijk werkende, wijkverpleegkundige, fysiotherapeuten en psychologen (we doelen op bestudering van het face to face-contact) is een nog vrijwel onontgonnen terrein.

We besluiten deze bijdrage met de opmerking dat het ontstaan van psychosociale problemen een duistere zaak blijft en dat over de samenhang tussen dergelijke problemen, kenmerken van patiënten en medische consumptie het laatste woord nog niet gesproken is.

NOTEN

1. Optelling in de tabel wekt de indruk dat deze categorieën wederzijds uitsluitend zijn. Men schrijft óf een medicijn voor óf men praat, zo lijkt het: optelling overschrijdt nooit de 100%.
2. Bij gespreksvoering werd onderscheid gemaakt in: geruststellen, aanhoren van problemen, exploreren, inzicht bevorderen en gedragsveranderende gespreksvoering. Alleen deze laatste drie kunnen 'systematische gespreksvoering' worden genoemd.

LITERATUUR

- BENSING, J.M., R. KLUVER, H. SCHUT en P.F.M. VERHAAK - 1980. Konsultatieproject Eindhoven. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. 7 delen
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK - 1980. Konsultatieproject Eindhoven- Verwijspatronen, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BENSING, J.M. en P.F.M. VERHAAK - 1982. Ruimte voor de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no. 1, 19-33
- BENSING, J.M. - 1983a. Een psychosociaal probleem is net zoiets als een atoom. Gezondheid en Samenleving, 4, no. 2, 123-125
- BENSING, J.M. - 1983b. The use of the RFE classification system in observation studies - some preliminary results. In: Tenth Wonca world conference on family medicine; ed. by Goh Lee Gan, Patrick

- Kee Chin Wah. Singapore, Host Organising Committee, 95-100
- BENSING, J.M. en E.M. SLUIJS - 1984. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe nota geestelijke volksgezondheid. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- BERG, T. VAN DEN - 1979. Preventieve psychosociale praktijk: een procesbeschrijving. Bloemendaal, Nelissen
- BERNTS, N. - 1980. Een psycholoog in de eerste lijn. Marge, 4, no. 9, 291-298
- BOERMA, W.G.W. - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra: onderzoek in het kader van het project 'Registratie Samenwerkingsverbanden', uitgevoerd van juli tot december 1981. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W. - 1985. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
- BROOK, F.S., R. GIEL, G.H.M.M. TEN HORN, J. ORMEL en D. WIERSMA - 1983. Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Groningen, R.U. Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie
- BUYTEN, N.T., R. VAN DER HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. IN 'T VELD, en H. LAMBERTS - 1977. Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. Huisarts en Wetenschap, 20, no. 6, 237-243
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK) - 1984. Statistieken Eerste Lijn Maatschappelijke Dienstverlening. Sociaal-cultureel kwartaalbericht, 6, no. 3, 16-35
- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen, Nijmegen. Katholieke Universiteit. Dissertatie
- DAAL, H.J. VAN - 1983. Denkbeelden over levensmoeilijkheden: over onderzoek naar levensmoeilijkheden en interpretatieprocessen waarbij mensen verschijnselen in het leven als moeilijkheden gaan ervaren. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO)
- DERKSEN, J. - 1982. Psychologische hulp in de eerstelijns. Baarn, Nelissen
- EIJK, J. Th.M. VAN - 1979. Levensgebeurtenissen en ziekte. Utrecht, Huisartsenpers. Nijmegen. Dissertatie
- GENUCHTEN, H.J.M. VAN - 1983. Psychogeriatrische problematiek in Amsterdamse huisartsenpraktijken: tevens attitudes, huisartsen en hun attitudes t.a.v. "jonge" en "oude" casussen. Nijmegen, Katholieke Universiteit. Scriptie

- GEUS, C.A. DE, E.C. NIX, H. SCHIMMEL, G. SIEMONS en W. SPOELSTRA - 1980. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog: profijit en aanbevelingen. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 2, 61-66
- GOZIN, L. - 1981. Een vijf-jaren onderzoek over gezinnen met psychosociale problemen in een huisartspraktijk. Tijdschrift voor Geneeskunde, 37, no. 24, 1453-1459
- GRAAF, H. DE - 1982. Pas op je tellen: is registratie in de welzijnzorg een goede methode om informatie te verzamelen? 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO)
- GRAAF, W. DE - 1984. Huisarts en slaapgedrag: waarnemingen omtrent slaapgedrag van patiënten in een huisartspraktijk. Lisse, Swets en Zeitlinger
- GRAUENKAMP, F.J. - 1981. Wie behandelt hyperventilatie?: behandelingsstoewijzing van cliënten met hyperventilatiesyndroom. Medisch Contact, 36, no. 2, 45-47
- GRAUENKAMP, F.J., J.C.M. VAN RIEL en C. DE GRAAF - 1983. Het hyperventilatiesyndroom: een diagnostisch probleem in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 38, no. 20, 601-602
- GRAUENKAMP, F.J. en J.C.M. VAN RIEL - 1984. Het hyperventilatiesyndroom. Behandelingsstrategieën in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 39, no. 3, 81-82
- GROL, R., J. VAN EIJK, F. HUYGEN, P. MESKER, J. MESKER-NIESTEN, G. VAN MIERLO, H. MOKKINK en A. SMITS - 1981. Huisarts en somatische fixatie: theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- GROL, R. - 1983. Preventieve attitudes van huisartsen. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. - 1984. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar de factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren. Groningen, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- HOSMAN, C.M.H. - 1983. Psychosociale problematiek en hulpbezoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse, Swets en Zeitlinger
- HUYGEN, F.J.A. - 1978. Family medicine: the medical life history of families. Nijmegen, Dekker en Van de Vegt
- HUYGEN, F.J.A. - 1981. Verwirklichung der Familienmedizin. Allgemeinmedizin International - General Practice International, 10, no. 1, 5-10

- HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DEN HOOGEN, A. TH. VAN DE LOGT en A.J.A. SMITS - 1984a. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk: I - een epidemiologisch onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 128, no. 28, 1321-1327
- HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DEN HOOGEN, A. TH. VAN DE LOGT en A.J.A. SMITS - 1984b. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk: II - Diagnostisch en therapeutisch beleid. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 128, 1372-1376
- JACOBS, H.M., M.M. KUYVENHOVEN, M.M. VAN NUNEN, F.W.M.M. TOUW-OTTEN e.a. - 1980/1981. Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten: de ontwikkeling van een onderzoeksinstrument om enkele dimensies van de hulpverlening van huisartsen bij patiënten met vage klachten te meten. Utrecht, Rijksuniversiteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde. 2 delen + bijlage
- JANSEN, H.A.M. - 1981. Het gezin als bemiddelende instantie tussen Sociale klasse en psychische stoornis. Gezondheid en samenleving, 2, no. 2, 153-167
- JOINT - 1983. Registratiegegevens 1982: gegevens van 81 instellingen 's-Hertogenbosch
- KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER en J.M. HUTJES - 1975. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg: een onderzoek naar hulpbehoevendheid en hulpverlening in 1000 gevallen uit de wijkverpleging. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- KOCKEN, Th.J. - 1984. Psychische stoornissen in een huisartspraktijk, Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Nijmegen. Dissertatie
- KUYPERS, C.A. - 1966. "Psychosomatische" stoornissen in een plattelandspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 9, no. 2, 42-58
- LAMBERTS, H. - 1974. De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag. Huisarts en Wetenschap, 17, no. 2, 56-62
- LAMBERTS, H. - 1980. Primary health care monitoring project: a year of practical experience with a computerized information system. Huisarts en Wetenschap, 23, no. 2, 293-305
- LAMBERTS, H. - 1982a. Redenen om naar de huisarts te gaan: eerste ervaringen met de Reason for Encounter classification. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 8, 301-310
- LAMBERTS, H. - 1982b. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 10, 401-414

- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN - 1982a. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: I. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoring project. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 9, 333-342
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN - 1982b. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: II. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 10, 376-393
- LAMBERTS, H., S. MEADS en M. WOOD - 1984. Waarom gaat iemand naar de huisarts?: een internationale studie met de Reason for Encounter Classification. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 7, 234-244
- LHV (LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING) - 1982. Basistakenpakket van de huisarts. Medisch Contact, 7, 1596-1598 + bijlage
- LIDTH DE JEUDE, A.H. VAN - 1971. De huisarts in de maalstroom der emoties: de ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psycho-somatische verschijnselen. Leiden, Stenfert Kroese
- LIESHOUT, P. VAN en P. SCHNABEL - 1984. Vragen naar GGZ: ondersteunende stukken voor de nieuwe nota geestelijke volksgezondheid. Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
- LOON, T.J.P. VAN en H.C. SCHOUWENBERG - 1977. Persoonlijkhedsaspecten van patiënten met vage lichamelijke klachten. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 32, no. 2, 81-90
- MEYBOOM-DE JONG, B. - 1984. Van oude mensen, de dingen die geschreven zijn. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 1, 12-15
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MOKKINK, H., A. SMITS en R. GROL - 1982. PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 37, no. 1, 35-50
- MOOTZ, M. en J. TIMMERMANS - 1981. Zorgen voor later: desiderato voor een toekomstig ouderenbeleid. Rijswijk, Sociaal Cultureel Planbureau. SCP-cahier 26
- NATIONALE KRUISVERENIGING - 1983. Wij in de wijk: signalement van de functie van de wijkverpleegkundige. Bunnik
- NIP (NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PSYCHOLOGEN) - 1984. De psycholoog in de eerste lijn II. Amsterdam. NIP
- OLIEMANS, A.P. - 1969. Morbiditeit in de huisartspraktijk: het voorkomen van ziekten en/of gebreken in de huisartspraktijk naar gegevens verzameld in een groepsonderzoek bij 52 Nederlandse huisartsen en in een continue registratie door 5 Nederlandse huis-

- artsen. Leiden, Stenfert Kroese
- ORMEL, J., F.G. BROOK en D. WIERSMA - 1984. Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 17, 670-678
- ORMEL, J. en F.W. WILMINK - 1985. Herkenning, beloop en meer-assige classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. In: De eerstelijns onderzocht; onder red. van W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Deventer, Van Loghum Slaterum, 135-143
- PETERS, L. - 1984. De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg: over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 39, no. 1, 33-46
- PLOEG, H.M. VAN DER. - 1980. Persoonlijkheid en medische consumptie. Lisse, Swets & Zeitlinger. Leiden. Dissertatie
- REGIER, D.A., L.G. KESSLER en B.J. BURNS - 1979. The need for a psychosocial description system in primary care settings. International Journal of Mental Health, 8, no. 2, 16-29
- SANAVRO, F.L. - 1982. Probleempatiënten in de huisartspraktijk: oordelen van de artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- SCHADÉ, E. - 1984. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker: een inventarisatie van de problemen bij de begeleiding van 117 inmiddels overleden patiënten. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 7, 246-248
- SCHEFFER, W.C.M. en CL. WOLDRINGH - 1975. Wijkverpleegkundige en geestelijke gezondheidszorg: verslag van een oriënterende studie ter voorbereiding van een samenwerkingsexperiment. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- SCHNABEL, P. - 1984. Het eigene van de geestelijke gezondheidszorg. In: Vragen naar GGZ; door P. van Lieshout, P. Schnabel. Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 9-55
- SCHOUWENBURG, H.C. - 1977. Het klachtenpatroon bij somatiserende patiënten. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 32, 91-99
- SCHRAMEIJER, F. en G. MAK - 1983. Migranten en geestelijke gezondheidszorg: een literatuurstudie. Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
- SEVERIEN, R. en J. VAN DER ZEE - 1984. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk: 3. De haalbaarheid van het centraal coderen van klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut

- SMIT, B. - 1982. Cliënten van de instellingen voor gezinsverzorging: eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28 sept. t/m 25 okt. 1980 gehouden onderzoek. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht 4, 37-55
- SMITS, A., C. HOSMAN en M. VAN KESTER - 1984. Psychologie in de eerstelijnszorg: een onderzoek naar samenwerking tussen eerstelijnszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Vakgroep Klinische Psychologie
- SPREEUWENBERG, C. - 1981. Huisarts en stervenshulp. Deventer, Van Loghum Slaterus
- STAL, P. en W. SCHEFFER - 1982. Omgaan met problemen: theorieën en empirie over reactiewijzen van mensen op psychosociaal belastende omstandigheden - perspectieven voor onderzoek. Nijmegen, Instituut voor Toegepaste Sociologie
- STIKKER, A. en K. VAN GELDER - 1980. Verhalen van hulp: de visie van cliënten en maatschappelijk werkers op het hulpverleningsproces in het algemeen maatschappelijk werk. 's-Gravenhage, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
- TAX, B., C. KÖNIG-ZAHN, P.H.J.M. HEYENDAEL, L.H. BOERMA, J.W. FURER, E.J.H. TER HEINE, P.P.G. HPODIAMONT, J.M.G. PERSOON en S.H.J. VELING - 1984. Regioproject Nijmegen - een longitudinaal onderzoek in de bevolking naar ziekte- en hulpzoekgedrag bij somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Gezondheid en Samenleving, 5, no. 1, 38-45
- TERLUIN, B. - 1984a. Het hyperventilatiesyndroom in een huisartspraktijk: 1. Een beschrijving van 78 patiënten. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 2, 4-11
- TERLUIN, B. - 1984b. Het hyperventilatiesyndroom in een huisartspraktijk: 2. Een evaluatie van de behandeling van 74 patiënten. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 3, 82-87
- TERSTEGGE, M. - 1982. Huisarts en relatieproblemen: gesprekken met huisartsen over eerstelijns hulpverlening bij relatieproblemen. Zeist, Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek
- VEEGER, H., W. DE VRIES en G. VAN DER LAAN - 1983. Danse macabre: het AMW balancerend op de eerstelijns. Groningen, Projectgroep Registratie Groningen
- VERHAAK, P.F.M. - 1979. Evaluatie SPEECH-eindrapportage: een evaluatie van de samenwerking tussen huisartsen en psycholoog in Cappel aan de IJssel. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1981. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 36, no. 1, 31-46

- VERHAAK, P.F.M. - 1983/1984. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek: eerste en tweede interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1984a. Vooronderzoek functioneren Algemeen Maatschappelijk Werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VERHAAK, P.F.M. - 1984b. Het waarnemen van psychosociale problematiek: wat ziet de ene huisarts wat de andere niet ziet? Gezondheid en Samenleving, 5, no. 4, 242-251.
- VERHAAK, P.F.M. - 1984c. Aanbod en behandeling van psychosociale problemen in een multidisciplinair team. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, interne publicatie
- VERHAAK, P.F.M. - 1985 - Huisarts-Psycholoog, een bibliografie. Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- VERJANS, J. en Th. de Groot - 1983. Huisarts en slachtoffer van geweld. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- VLIERT, E. VAN DE en F. DE BOER - 1984. Sociale steun als determinant van gezondheid: suggesties voor een verder onderzoek. Gezondheid en Samenleving, 5, no. 1, 2-8
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie

18 **Stand van zaken 1985. Momentopname van het eerstelijnsonderzoek.**

J.M. Bensing en J. van der Zee

1.	INLEIDING	615
2.	BEROEPEN IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG EN -MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING	615
3.	SAMENHANGEN IN DE (EERSTELIJNS)GEZONDHEIDSZORG	623
4.	DE CONSUMENT VAN EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG	630
5.	TOT SLOT	634

1. INLEIDING

Het is niet denkbeeldig dat de lezer van deze overzichtsstudie het overzicht inmiddels geheel kwijt geraakt is. Overzichtsstudies streven naar volledigheid en presenteren naast hoofdzaken een veelheid aan bijzaken en details. Weliswaar is per hoofdstuk gepoogd de voornaamste resultaten van onderzoek naar voren te brengen, maar het achter elkaar plaatsen van deze samenvattingen doet geen recht aan het feit dat niet alle hoofdstukken wat betreft de stand van kennis of de relevantie voor het beleid even belangrijk zijn. En ook voor de auteurs van het slothoofdstuk dringt 'de grote lijn' zich na lezing niet onmiddellijk op, zodat dit slothoofdstuk eerder de neerslag vormt van een aantal (deels subjectieve) impressies, dan een soort van laatste woord. Overigens zou dat laatste ook niet mogelijk zijn op een terrein dat als geheel nog pas zo'n korte geschiedenis heeft en waarvan de onderdelen momenteel nog zo verschillen in onderzoekstraditie, zowel naar omvang als naar kwaliteit.

We zullen onze indrukken weergeven voor elk van de drie delen afzonderlijk. De aanbodkant (de beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en aanverwante maatschappelijke dienstverlening) als eerste, daarna via het onderwerp samenwerking binnen de eerste lijn naar samenhang tussen eerste lijn en andere sectoren van de gezondheidszorg en tenslotte over de consument in de eerste lijn, om wie het tenslotte allemaal begonnen is.

Waar mogelijk (en relevant) zullen we teruggrijpen op de ontwikkelingen in het beleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken, zoals die in hoofdstuk 2 zijn beschreven. Tot slot zullen we - alle voor onderzoekers gebruikelijke nuanceringen terzijde latend - enkele beleidsaanbevelingen formuleren op basis van de huidige stand van kennis.

2. BEROEPEN IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

Zonder zelfs een letter van dit boek gelezen te hebben kan iemand alleen al aan de omvang van het hoofdstuk over de huisarts zien dat het onderzoek in en om de huisartspraktijk een bijzondere plaats inneemt. Over de huisarts is (het is in de inleiding ook al gezegd)

meer uitgezocht dan over alle andere beroepen in de eerstelijns(gezondheids)zorg bij elkaar en zelfs meer dan over welk medisch specialisme ook.

Ook betreft het hier onderzoek in een wetenschappelijk belangwekkende fase: het stadium van verkennend en beschrijvend onderzoek en van beginnersfouten is grotendeels achter de rug. Dit wil niet zeggen dat er geen 'fouten van gevorderden' bestaan, maar het onderzoek is toch rijper en evenwichtiger van karakter dan het onderzoek naar de andere beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken.

Door de uniforme en systematische opzet van de hoofdstukken wordt al snel duidelijk dat bij bepaalde (en niet de onbelangrijkste) beroepen elementaire informatie ontbreekt.

Het is meestal een veeg teken als van een beroepsgroep alleen de 'diplomahouders' bekend zijn en er over feitelijke participatie op de arbeidsmarkt slechts gissingen bestaan. In een dergelijk geval is er zeker geen systematische kennis over de feitelijke uitoefening van het beroep, laat staan over meer ingewikkelde zaken.

Bij nagenoeg elk hoofdstuk komt dan ook de wens naar voren om te beschikken over een goed bijgehouden 'bestand' van beroepsbeoefenaren, dat niet alleen als basis voor steekproeven kan dienen ten behoeve van nader onderzoek, maar ook op zichzelf al waardevolle gegevens levert over instroom, uitstroom, samenstelling van de beroepsgroep en geografische spreiding van, zoals dat in het planningsjargon heet, 'volume- en functie-aanbod'.

Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn er en waar zijn zij gevestigd; wat voor taken verrichten ze in volledige of gedeeltelijke dagtaak; met wat voor problemen komt de cliëntèle bij hen; hoe verhoudt zich de aan de hulpverleners gepresenteerde problematiek qua aard en omvang tot de door de bevolking ervaren problemen en wat is het effect van het ingrijpen van de hulpverleners op het verloop van de gepresenteerde problemen.

Deze vragen vormen - in een notedop - het 'takenpakket' van onderzoekers in het veld. Zolang men niet over de antwoorden beschikt is het moeilijk om concrete beleidsmaatregelen te treffen en valt ook het effect van beleidsmaatregelen moeilijk vast te stellen. Het is dan ook geen wonder dat in de Structuurnota in 1974 deze vragen reeds werden gesteld. Het is tekenend voor de traagheid waarmee het proces van informatievoorziening binnen de gezondheidszorg verloopt dat de antwoorden nog goeddeels op zich laten wachten.

Betrouwbare, gedetailleerde en volledige cijfers over de eerste se-

rie vragen (de vragen rond het volume-aanbod) zijn er in meer of mindere mate voor de huisarts, de verloskundige en de gezinszorg. Zij ontbreken geheel met betrekking tot de fysiotherapie (daar wordt aan gewerkt), de logopedie en de diëtisten. Informatie met enige 'mitsen' en 'maren' bestaat er met betrekking tot de wijkverpleging (door de grote autonomie van plaatselijke en provinciale kruisverenigingen is er op landelijk niveau geen gedetailleerde informatie over het volume-aanbod aanwezig), en het algemeen maatschappelijk werk (er zijn verschillende registratiesystemen operationeel die onderling niet geheel op elkaar zijn afgestemd). Over apothekers was tot voor kort dankzij de hoge organisatiegraad van de beroepsgroep het nodige bekend. Met de recente afname van de organisatiegraad dreigt ook de informatievoorziening in gevaar te komen.

Systematische en generaliseerbare informatie over de tweede serie vragen (informatie over de hulpvraag en de afstemming van vraag en aanbod) is nog veel schaarser. Systematische kennisvergaring op basis van deze informatie staat (behalve bij de huisarts) nog in de kinderschoenen.

Wanneer we de stand van kennis op dit moment afzetten tegen de verschillende fasen van het wetenschappelijk bedrijf dat begint met verkennende studies waarin begrippen en meetinstrumenten worden ontwikkeld, waarna in inventariserende en beschrijvende studies de variatiebreedte van verschijnselen wordt bestudeerd, om tot slot tot studies van meer verklarende of toetsende aard te geraken, dan moeten we constateren dat het meeste onderzoek naar de beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken in het eerste of tweede stadium verkeert.

Een belangrijk moment in de ontwikkeling van een beroep (en in de formulering van onderzoeksprogramma's rond dat beroep) ontstaat wanneer een omschreven 'takenpakket' tot stand is gekomen. Of dit pakket nu het resultaat is van onderzoek of juist als bron fungeert voor onderzoek naar de vraag in hoeverre de lijst met taken in werkelijkheid allemaal en in voldoende mate worden uitgeoefend, doet niet terzake. Het bestaan van een 'takenpakket' geeft een duidelijke richtlijn aan het onderzoek en geeft een zeker kader waartegen het feitelijk functioneren kan worden afgezet.

In de wisselwerking tussen praktijk, onderzoek en beleid zal dan gaandeweg een nauwer omschreven pakket ontstaan en dit zal weer de strikt individuele invulling van het beroep (en daarmee de zo vaak geconstateerde 'interhulpverlenervariantie') in zekere mate beperken.

Een gedifferentieerd takenpakket maakt het ook mogelijk om prioriteiten te stellen wanneer gelijktijdig verschillende claims op een beroep worden gelegd en is een van de noodzakelijke voorwaarden voor een - zoals dat in het beleidsjargon heet - rationele bepaling van de benodigde volumecapaciteit. De huisarts is het verst met de formulering van een gedetailleerd takenpakket dat in 1983 door de ledenvergadering van de LHV is goedgekeurd. Bij sommige andere beroepen (met name bij de wijkverpleging) zijn waardevolle aanzetten hiertoe gedaan.

De verplegende en verzorgende beroepen

Hoewel er op het vlak van de verplegende en verzorgende beroepen in de eerste lijn betrekkelijk weinig onderzoek is gedaan, kan men wel enkele punten nader beschrijven.

Tussen wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorgende en gezinsverzorgende is sprake van, in ieder geval in de praktijk, dakpansgewijs overlappende taakgebieden. Zowel in de wijkverpleging als in de gezinszorg wordt steeds meer aandacht besteed aan 'begeleiding' (bijvoorbeeld van psycho-sociale problematiek); dit deel van de taak wordt zowel door verpleegkundigen als door gezinsverzorgenden erg belangrijk gevonden als integraal onderdeel van de hulpverlening. Ook van patiëntenzijde stelt men begeleiding op prijs, maar patiënten vinden meestal toch dat de concrete werkzaamheden - verplegen, respectievelijk het verlenen van huishoudelijke hulp - voorgaan.

Vanuit het beleid zien we twee ontwikkelingen naast elkaar. Enerzijds wordt gepleit (bijvoorbeeld in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid) voor het behandelen van 'lichte' psycho-sociale problematiek in de eerste lijn; een ontwikkeling die aansluit bij de tendentie binnen de verplegende en verzorgende beroepen tot een meer integrale hulpverlening. Anderzijds zien we (vanuit het substitutiedenken) dat er een toenemende nadruk ontstaat op thuisverpleging, waarbij een sterker beroep gedaan zal worden op de verpleegtechnische vaardigheden in het kruiswerk (er wordt tenslotte bij een eerder ontslag uit het ziekenhuis of een langer thuis laten wonen van bejaarden een stukje intramurale verpleging naar de 'wijk' overgeheveld). Hoewel in theorie deze beide ontwikkelingen niet strijdig met elkaar hoeven te zijn (met name niet wanneer zij inderdaad culmineeren in een meer integrale hulpverlening), zouden zich in de praktijk weleens problemen kunnen voordoen bij deze opeenstapeling van nieuwe taken, die ofwel om een prioriteitenkeuze ofwel om een aanpassing van de volumecapaciteit vragen.

Uit het (eveneens schaarse) onderzoek naar de **behoeften** aan gezins-

zorg en wijkverpleging blijkt dat wanneer hulp geboden wordt, deze in zijn algemeenheid wel aansluit bij de behoeften. De vraagstelling voor verder onderzoek zal eerder moeten luiden: hoe komt het dat zoveel behoeften van hulp **niet** in vragen om hulp worden omgezet, dan 'sluiten de geleverde diensten wel goed aan op de gevraagde hulp'. Bij dat laatste lijkt het probleem niet te zitten; de vraag echter hoe hulpbehoeften ontstaan en al dan niet worden opgevangen is een belangrijk uitgangspunt voor verder onderzoek, evenals de vraag naar de relatie tussen professionele zorg en mantel- en zelfzorg.

De huisarts

Eigenlijk is alleen over de huisarts voldoende onderzoek van behoorlijke kwaliteit bekend, maar ook hier stuiten wij vaak op onvolledige of elkaar tegensprekende conclusies.

Een heel algemene impressie die zich na het bestuderen van de literatuur opdringt is er één van een grijze, weinig spectaculaire werkelijkheid aan de ene kant en boeiende staaltjes van bijzonder kunnen ter andere zijde.

Men treft een enorme variatie aan in gedrag, alsmede weinig of geen verband tussen taakopvatting en gedrag (hetgeen overigens ook iets zegt over de kwaliteit van de meetinstrumenten). Hierdoor is het moeilijk om algemeen geldige uitspraken te doen over de werkwijze van huisartsen. Aan de ene kant dringt zich een beeld op van een hulpverlener die eerder reageert op de prikkels die op hem worden afgevuurd dan dat hij nu zelf sterk sturend optreedt. De werkwijze van de huisarts wordt voor een niet onaanzienlijk deel bepaald door het aantal personen dat op zijn spreekuur verschijnt en dit aantal is weer een functie van factoren waarop hij slechts ten dele invloed heeft. Zijn verwijscijfer hangt af van de afstand tot het ziekenhuis en van de specialistendichtheid, ook al tamelijk structureel bepaalde gegevens. Wellicht wordt deze houding voor een deel verklaard uit het feit dat Nederlandse huisartsen voor hun inkomen niet afhankelijk zijn van 'verrichtingen'. Dat beeld van terughoudendheid komt ook naar voren uit onderzoek naar de preventieve taken van huisartsen; de voor preventie benodigde actieve instelling en goed bijgehouden liefst geautomatiseerde administratie treft men slechts bij uitzondering (dit wil zeggen in experimenten en bij sterk gemotiveerde artsen) aan. Overigens (en dat is dan de andere kant van de medaille) doen Nederlandse huisartsen met hun terughoudende opstelling recht aan het gegeven dat veel klachten, ziekten en problemen ook wel 'vanzelf' overgaan.

Wat de specifieke voor- en nadelen van deze 'huisartsenattitude' ook

mogen zijn, het lijkt in ieder geval verstandig om niet zonder meer allerlei preventieve taken (met name op het gebied van de actieve opsporing) naar de huisarts toe te schuiven. Hij is er niet voor toegerust. Nu nog niet, tenminste. En of dat zou moeten veranderen zal op z'n minst enige discussie oproepen in huisartsenkringen, gezien ook de mogelijk medicaliserende en schadelijke effecten van een dergelijk beleid.

Met al te veel nadruk op de wat afwachtende kant van het huisartsenvak schetsen we echter een wat ongenueanceerd beeld. Zo blijkt actieve opsporing van hypertensie onder bepaalde voorwaarden heel wel mogelijk te zijn (al moet het feit dat in follow-up studies deze actieve houding bij de meeste huisartsen sterk verwaterd bleek te zijn, tot nadenken stemmen). Ook de evident lagere verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra of het door een aantal onderzoekers beschreven gegeven dat artsen met een open communicatiestijl er inderdaad in slagen om ook psycho-sociale problemen op tafel te krijgen, zijn voorbeelden van onderzoek die tegenwicht bieden aan het wat sombere beeld uit de vorige alinea's. Ook de door het Nijmeegse Huisartsen Instituut gevonden relatie tussen 'taakbreedte' en 'kwaliteit van de zorg' en het gegeven dat huisartsen die zelf veel therapeutische handelingen (als kleine chirurgie) doen, betrekkelijk weinig naar de specialist verwijzen, mogen in dit opzicht worden genoemd. Het betreft hier overigens meestal selecte en gemotiveerde groepen.

Een duidelijk en gestandaardiseerd basistakenpakket (zoals door de LHV nu is vastgesteld) en een verdergaande protocollering van het huisartsenwerk (zoals momenteel op enige universitaire instituten wordt ontwikkeld) zal enig tegenwicht moeten gaan vormen tegen de geconstateerde grote verschillen in werkwijze van huisartsen (de interdoktervariantie). Vooral het stellen van prioriteiten in het 'pakket' kan de huisarts ontlasten van het moedeloze gevoel dat hem als generalist wel moet overvallen als hij ziet dat niet alleen iedere gespecialiseerde hulpverlener dingen beter kan dan hij, maar dat ook vanuit de samenleving een voortdurend bombardement plaatsvindt van de meest uiteenlopende initiatieven en wensen.

Huisartsen kunnen de jeugdgezondheidszorg wel overnemen, dienen eerder gereed te staan voor Eerste Hulp Bij Ongelukken, zijn de eerst aangewezenen om 'lichtere(?)' psycho-sociale problematiek te behandelen, dienen intensievere relaties te onderhouden met de sociale verzekeringen en bedrijfsgezondheidszorg, dienen actief de leefgewoonten van hun patiënten te beïnvloeden, besteden te weinig aan-

dacht aan voorlichting, zouden moeten bevorderen dat patiënten niet te lang in het ziekenhuis blijven liggen en de nazorg en controle van chronisch zieken kunnen overnemen enzovoorts, enzovoorts, enzovoorts.

Het mag een wonder heten dat huisartsen nog tamelijk blijmoedig blijven onder deze continue stroom van eisen die van binnenuit en van buitenaf aan het beroep worden gesteld.

Het moge duidelijk zijn dat enige ordening en prioriteitsstelling in deze dynamiek de gezondheidszorg ten goede zal komen en ook een houvast kan bieden voor de beroepsbeoefenaren zelf en voor degenen die hun functioneren op doelmatigheid plegen te beoordelen. Zolang de taak van de huisarts zo breed blijft als hij nu is, zonder een nadere prioriteitsstelling zal men altijd een grote variatie vinden in de wijze waarop huisartsen hun werk uitoefenen. Een goede scholing en financiële prikkels kunnen hier sturend werken maar zolang de zuigkracht van de tweedelijns medische zorg niet door maatregelen in de sfeer van regelgeving en financiering wordt ingeperkt, zullen beoogde taakverschuivingen van tweede naar eerste lijn bijna per definitie tot teleurstellende resultaten leiden.

Overige beroepen

De stand van zaken op het gebied van onderzoek in de nog niet genoemde beroepen in de eerste lijn leent zich nauwelijks voor conclusies. Onderzoek is schaars en fragmentarisch; samenhangende onderzoeksprogramma's ontbreken nog en de afzonderlijke onderzoekingen zijn meestal inventariserend en beschrijvend van aard (de eerste fase van het wetenschappelijk bedrijf).

Beleidsmatig is het werk van de fysiotherapeut vooral van belang omdat hierdoor wellicht mensen ambulant gehouden kunnen worden die anders in instellingen behandeld zouden moeten worden of thuis bedlegerig zouden zijn. In dat kader is (behalve de indicatiestelling) ook vooral de vraag belangrijk naar het effect van het werk; fysiotherapie is veelal 'onderhoudswerk': weinig nieuwe gevallen, veel recidive en vervolghandelingen.

De ontwikkeling van de fysiotherapie (ook inhoudelijk) wordt geremd doordat zo weinig over de manier van selecteren van de verwijzende artsen bekend is. Fysiotherapeuten kunnen alleen reageren op hetgeen ze doorverwezen krijgen. Gegeven echter de verwijsvariatie tussen artsen, die hier nog groter is dan de variatie bij doorverwijzingen naar medisch specialisten, weet men niet wat onbehandeld blijft, of wel abstracter geformuleerd: de epidemiologische basis van het vak

ontbreekt.

Bij apothekers is niet zozeer onderzoek naar de functie, maar naar de feitelijke taakuitoefening van belang, nu artsenijsbereiding vooral op industriële schaal gebeurt. Bij de verloskundigen is het wel duidelijk wat zij in de praktijk doen, maar moet het onderzoek naar verschuivingen in de verloskundige markt nog plaatsvinden. Overigens is het feit dat in Nederland de functie van verloskundige nog bestaat en dat thuisbevallingen in Nederland, vergeleken met de ons omringende landen, nog steeds een substantieel aandeel van de totale bevallingen uitmaken een bewijs dat een volledige overname van de verloskunde door specialisten en ziekenhuizen geen wetmatigheid is. Bij het algemeen maatschappelijk werk, tenslotte, ontbreekt 'harde' informatie over het hulpverleningsproces (net zoals van de geestelijke gezondheidszorg overigens - de bereidheid van huisartsen om in de 'keuken' te laten kijken is uniek in en buiten de eerste lijn), over de verhouding tussen problematiek bij de bevolking en bij het AMW gepresenteerde problemen en over het effect van de hulp. Vermeldenswaard is, dat analyse van centraal geregistreerde informatie uitwijst, dat het al of niet samenwerken met huisartsen nauwelijks tot verschillen in werkwijze bij het AMW aanleiding geeft. Gezien het van weerszijden benadrukte belang van deze (internationaal unieke) samenwerking, is nader onderzoek zeker geboden.

Tot slot

De boodschap is duidelijk - er is betrouwbare en geldige basisinformatie nodig over mankracht, spreiding, functies en taken van de verschillende beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken, alsmede inzicht in de selectie die concrete hulpvragen vormen uit het geheel van de bij de bevolking ervaren problematiek. Pas dan is onderzoek naar de effecten van zorg mogelijk en is de heterogeniteit van de hulpvraag geen beletsel meer voor evaluatie. Bovenstaande geldt voor alle disciplines, het minst nog voor de huisarts. Daar is dergelijk onderzoek verricht, maar dient wel 'pas op de plaats' gemaakt te worden om de niet altijd even goed vergelijkbare aanpak in de verschillende onderzoekscentra op hun werkelijke merites te kunnen beoordelen. Zoals in de inleiding al is gesteld, vraagt het gegeven dat op vier plaatsen in Nederland een zelfde soort meetinstrument is ontworpen - voldoende verschillend echter om vergelijking ernstig te bemoeilijken - om enige coördinerende acties. Men kan er bovendien de les uit trekken, dat op ander vlak (verpleegkundige zorg bijvoorbeeld) deze ontwikkeling vermeden moet worden.

3. SAMENHANGEN IN DE (EERSTELIJNS)GEZONDHEIDSZORG

Sinds het verschijnen van de Structuurnota is er in het overheidsbeleid veel aandacht voor ordenings- en structureringsvraagstukken. 'Samenwerking' en 'samenhang' zijn centrale begrippen geworden in het beleidsdenken.

Voor de eerstelijnsgezondheidszorg geldt dit primair voor de samenwerking en de samenhang binnen de eerste lijn zelf. Historisch gezien is het begrip 'de eerste lijn' in eerste instantie vooral een papieren begrip: in de beginjaren verwees de term 'de eerste lijn' eerder naar een **gewenste** samenhang van voorzieningen, dan naar een **bestaand** stelsel van onderling samenhangende en met elkaar samenwerkende hulpverleners en instellingen. Het streven om tot meer samenhang in de eerste lijn te komen werd vooral ingegeven door de gedachte dat alleen een helder gestructureerde eerste lijn in staat zou zijn om de druk op te vangen van het voorgenomen substitutiebeleid.

Wat is, momenteel, de stand van kennis op dit gebied, en wat kan deze bijdragen (of heeft deze bijdragen) aan de beleidsontwikkeling?

Samenhangen binnen de eerste lijn

Speerpunt in het overheidsbeleid was - zeker aanvankelijk - de bevordering van de totstandkoming van gezondheidscentra: multidisciplinaire samenwerkingsverbanden die onder één dak gehuisvest zijn, als alternatief voor het onoverzichtelijk geheel van individuele hulpverleners en vaak nog verzuilde hulpverleningsinstellingen die op de meeste plaatsen nauwelijks contact met elkaar hadden.

Uit de registratie van gezondheidscentra blijkt dat er inderdaad gezondheidscentra gekomen zijn en dat hun aantal nog steeds groeiende is. Er blijkt echter ook dat deze herstructurering in een minder hoog tempo heeft plaatsgevonden en ook minder vergaand is geweest dan bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg, waar in luttele jaren de bonte lappendeken aan verschillendsoortige instellingen van geestelijke gezondheidszorg tot een beperkt aantal RIAGG's is omgevormd. Zo is het in de eerstelijnsgezondheidszorg niet gegaan: gezondheidscentra nemen nog steeds een bescheiden plaats in in het totaal aan eerstelijnsvoorzieningen. Het is op dit moment ook niet denkbaar dat het ooit de enige samenwerkingsvorm zal zijn.

De registratie laat ons ook zien welke ontwikkelingen er de afgelopen jaren binnen de gezondheidscentra hebben plaatsgevonden: zij

laat zien hoe de groei van het algemeen maatschappelijk werk achterbleef bij die van de andere disciplines in de tijd dat de twee departementen (VOMIL en CRM) nog gescheiden waren; hoe de dienstverbandcentra zich ontwikkeld hebben ten opzichte van de centra waarin met name de huisarts als vrij ondernemer werkzaam is; hoe er een geleidelijke ontwikkeling heeft plaatsgevonden van grote veelomvattende gezondheids- of zelfs welzijnscentra, naar kleinere homogener organisatievormen. Uit diverse inventariserende en beschrijvende studies ontstaat geleidelijk een beeld van wat er feitelijk binnen de centra gebeurt, hoe de samenwerking in de praktijk gestalte krijgt, in welke mate en vormen patiëntenparticipatie van de grond komt, wat een en ander betekent voor de hulpverlening. In de loop van de tijd zijn er duidelijk verschillende fasen te onderkennen: aanvankelijk worden er vooral individuele projecten onderzocht (case-studies). Het accent ligt daarbij op een (soms heel gedetailleerde) beschrijving van ontstaan en werkwijze van het centrum en op een knelpuntenanalyse. Gezondheidscentra hebben het moeilijk, ze moeten vaak tegen de stroom oproeien, gevestigde structuren doorbreken, nieuwe wegen vinden. Deze onderzoeken resulteren in beleidsaanbevelingen hoe betere voorwaarden te creëren.

Later zien we scepsis ontstaan. De steeds terugkerende aanvragen om subsidie bij (o.a.) de Ziekenfondsraad maken duidelijk dat gezondheidscentra geld kosten. Men begint zich af te vragen of het dat wel waard is. Er ontstaat een roep om evaluatie. Daarmee komt een nieuwe onderzoeksstroom op gang van kleinschalige en grootschalige evaluatieprojecten.

Gaandeweg ontstaat er een zekere cumulatie van kennis. Uit patiëntenonderzoek blijkt dat patiënten over het algemeen wel tevreden zijn met gezondheidscentra. Ook blijkt dat het werken van huisartsen in gezondheidscentra samengaat met een lager verwijscijfer en daarmee gepaard gaande lagere kosten in de tweede lijn (al is nog niet geheel duidelijk waar dat nu door veroorzaakt wordt). Gezondheidscentra kosten niet alleen geld; ze leveren ook geld op, en waarschijnlijk meer dan zij kosten. Op de vraag in hoeverre er in gezondheidscentra ook andere, betere of omvangrijkere zorg verleend wordt dan in andere praktijkvormen bestaan nog geen eenduidige antwoorden, maar ook hier breidt de kennis zich geleidelijk uit. Onderzoeksmatig gezien lijkt de totale balans voor gezondheidscentra op dit moment positief uit te vallen. Toch vindt er geen explosieve groei van deze centra plaats. Onderzoek is niet de enige en zelfs niet de voornaamste factor bij het al dan niet tot stand komen van veranderingen.

De laatste jaren is er meer belangstelling ontstaan voor ander, minder gestructureerde multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (bijvoorbeeld home-teams). We zien dat onder andere aan de recente uitbreiding van het landelijke project Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden, waarin sinds kort ook hometeams zijn opgenomen, en aan enige regionale inventarisatieprojecten van samenwerkingsverbanden.

We zien dit ook aan de eerste pogingen tot vergelijkend onderzoek naar hulpverleners die in andere multi- en monodisciplinaire samenwerkingsverbanden opereren (dienstenaanbod in gezondheidscentra en daarbuiten; het AMW in gezondheidscentra en daarbuiten, de fysiotherapie in gezondheidscentra en daarbuiten). De kennis op dit terrein is op dit moment echter nog gering en fragmentarisch; de stand van kennis laat nog geen goed onderbouwde beleidsaanbevelingen toe.

Tot nu toe hebben we het met name gehad over de samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn op microniveau. In de beleidsdocumenten is daarnaast van begin af aan veel aandacht geweest voor de **structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg** als totaal (waarbij gaandeweg ook steeds nadrukkelijker delen van de maatschappelijke dienstverlening betrokken worden): een samenhangende zorgstructuur op lokaal niveau binnen afgegrensde en op elkaar afgestemde werkgebieden en waarin de invloed van patiënten (de burger) op de zorg adequaat geregeld is.

De stagnatie in de wetgeving heeft ervoor gezorgd dat hiervan tot op heden nog niet echt veel terecht is gekomen. Regel- en stuurmechanismen ontbreken nog. De in de proefregio's opgedane ervaring is fragmentarisch en slechts ten dele geëvalueerd. Een enkel experiment waarin de (eerstelijns)gezondheidszorg integraal volgens de beleidsdoeleinden wordt gepland (zoals Almere) lijkt zichtbaar onder dit ontbreken van wettelijke kaders. Onderzoekresultaten op dit terrein zijn er dan ook nog nauwelijks. Conclusies op basis van dit onderzoek kunnen nog niet getrokken worden. De onzekerheden die er bestaan omtrent de details van de toekomstige wetgeving, de planningskaders en de financiële kaders bemoeilijken voorts het opzetten van goede voormetingen, op grond waarvan - straks - een evaluatie van de veranderingen mogelijk wordt.

Relatie tussen de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg

Samenwerking en samenhang zijn begrippen die ook een belangrijke rol spelen in het beleid ten aanzien van de relatie tussen de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. Hier worden deze begrippen ge-

hanteerd als mogelijke instrumenten waarmee het substitutiebeleid dat sinds de Structuurnota van 1974 met een steeds toenemende nadruk in de verschillende beleidsdocumenten van de Overheid is verwoord (het meest pregnant in de Nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen'), gerealiseerd zou kunnen worden: verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, van specialistische naar generalistische voorzieningen, van curatieve naar preventieve activiteiten. Aan dit substitutiebeleid zijn verschillende aspecten te onderkennen:

- beperking van de instroom in de tweede lijn (onder andere beïnvloeding van het verwijzen door huisartsen);
- vervroeging van de uitstroom uit de tweede lijn (verkorting van de ligduur, meer accent op nazorg);
- verschuiving van het takenpakket van tweede naar eerste lijn (meer diagnostiek in de eerste lijn, EHBO, deskundigheidsbevordering van de hulpverleners in de eerste lijn, onder andere door consultatie).

Het onderzoek naar de instroombeperking en met name naar factoren die het verwijzen van huisartsen beïnvloeden is verreweg het meest ontwikkeld. Dit komt niet alleen door de evidente beleidsrelevantie (de huisarts fungeert als poortwachter voor de tweedelijnsgezondheidszorg, waarbij de verwijskaart als sleutel voor die dure tweede lijn fungeert), maar ook door het simpele feit dat verwijscijfers van ziekenfondspatiënten landelijk aanwezig en, een niet te onderschatten punt, ook beschikbaar voor onderzoek zijn. Ondanks een terugkerend gemopper van onderzoekers over het in theoretisch opzicht amorfe karakter van de verwijskaart (resultierend in allerlei aanbevelingen voor een differentiatie van verwijskaarten op inhoudelijke gronden: advies- en behandelkaarten, eerste- en herhaalkaarten, actieve verwijskaarten en verwijskaarten waar de huisarts geen of nauwelijks invloed op heeft, zie ook het betreffende hoofdstuk), mag de ziekenfondsverwijskaart zich verheugen in een grote mate van populariteit als onderzoeksobject. Door veel onderzoekers in verschillende onderzoekscentra is met behulp van de LISZ-cijfers onderzoek gedaan naar het verwijzen van huisartsen. De stand van kennis op dit terrein is op dit moment zonder meer hoog te noemen. Overigens is dit weer voor een belangrijk deel te danken geweest aan het feit dat het onderzoek op dit gebied heeft plaatsgevonden in een sfeer van wetenschappelijke concurrentie: door de onderlinge dialoog tussen onderzoekers is fragmentarische kennis geïntegreerd geraakt.

En wat leert de stand van kennis over het verwijzen ons over het (substitutie)beleid in de gezondheidszorg? Bekend is de invloed van leeftijd en geslacht van de bevolking op het verwijscijfer; we weten daarmee, dat met de verwachte demografische ontwikkeling bij ongewijzigd beleid het aantal verwijzingen alleen maar zal toenemen. Bekend is ook dat het verwijzen door huisartsen in hoge mate wordt bepaald door het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen: de specialistendichtheid en - los daarvan - ook de afstand tot de dichtstbijzijnde intramurale voorziening. De consequentie daarvan is dat het zinloos is het beleid op de huisarts te richten, wanneer niet tegelijkertijd maatregelen worden genomen om de zuigende werking van de tweede lijn in te perken. Bekend is inmiddels ook dat de relatie tussen praktijkgrootte en verwijzen complex van aard is. De simpele veronderstelling dat artsen met een kleinere praktijk meer tijd hebben voor hun patiënten en dus méér zelf zullen doen en minder zullen verwijzen blijkt niet op te gaan, onder andere omdat de praktijkgrootte een tegengesteld effect heeft op het aantal contacten per patiënt, respectievelijk het aantal verwijzingen per contact. Op basis van de huidige kennis mag men daarentegen aannemen dat verkleining van de huisartspraktijk alleen (dus zonder dat men tegelijkertijd allerlei andere maatregelen treft) niet vanzelfsprekend tot minder verwijzingen zal leiden. Wél van invloed is de praktijkvorm van huisartsen; mono- en multidisciplinaire samenwerking-onder-één-dak beïnvloedt het verwijscijfer; met name in gezondheidscentra wordt minder naar de tweede lijn verwezen (in een longitudinaal onderzoek naar de invloed van een drastische praktijkverkleining op het verwijscijfer, bleek ook dat alleen in die praktijken waarin de praktijkverkleining gepaard ging met een geïnstitutionaliseerde multidisciplinaire samenwerking, het verwijscijfer niet is gestegen), al is het nog niet precies duidelijk wat hierbij de werkzame factor is. De meest plausible hypothese is op dit moment dat vooral de informele onderlinge consultatie tussen de hulpverleners in de eerste lijn, maar met name ook tussen huisartsen onderling van invloed is op het lage verwijscijfer.

Een andere hypothese, namelijk dat het ter beschikking stellen van diagnostische hulpmiddelen aan de huisarts het aantal verwijzingen zou doen verminderen is bij de evaluatie van een tweetal experimenten met diagnostische centra niet zonder meer houdbaar gebleken. Ook hier kwam naar voren dat maatregelen in de eerste lijn alléén niet voldoende zijn. Samenwerking tussen huisarts en specialist, met name taakafspraken (onder andere protocollering) bleken noodzakelijke randvoorwaarden. Niet voor niets is de nadruk in de departementale

beleidsnota's op de totstandkoming van diagnostische centra in de loop der tijd nagenoeg verdwenen: een voorbeeld van de invloed die onderzoek kan hebben op het beleid. Overigens - en dat relativiseert de vorige uitspraak dan wel weer - bleek het al snel ook niet meer nodig om op dit punt een stimulerend beleid te voeren: veel ziekenhuizen merkten al snel (evenals de onderzoekers van een der diagnostische centra) dat een diagnostisch centrum 'commercieel' zeer aantrekkelijk is, omdat het huisartsen als klanten naar het ziekenhuis trekt.

Een ander in beginsel beïnvloedbare factor is - tenslotte - de taakopvatting van de huisarts (met name de taakbreedte). De onderzoeken op dit terrein zijn echter nog te fragmentarisch om definitieve uitspraken mogelijk te maken.

Dit geldt a fortiori voor de kennis die verzameld is op het terrein van de nazorg. Onderzoek op dit terrein laat vooralsnog vooral een aantal gissingen na, alsmede - de onderzoeker eigen - een groot aantal suggesties voor verder onderzoek. Beleidsaanbevelingen kunnen nog nauwelijks op basis van onderzoek worden gedaan.

Met betrekking tot de samenwerking tussen huisartsen en specialisten lijkt het van belang om consultatie te stimuleren maar vooral om te streven naar goede taakafspraken (bijvoorbeeld op regionaal niveau) tussen huisartsen en specialisten: dat is op dit moment het meest veelbelovende maar waarschijnlijk tevens ook het meest spanningsvolle.

Het omvangrijke terrein van de relatie tussen thuisverpleging en ziekenhuisverpleging (en alle variabelen daartussen) ligt - zo hebben we kunnen constateren - nog geheel braak. Zinvolle aanbevelingen op basis van onderzoek kunnen nu nog niet worden gedaan.

Relatie eerstelijnsgezondheidszorg-geestelijke gezondheidszorg

In vergelijking met wat we in de vorige twee paragrafen konden constateren is de stand van kennis op het gebied van de relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg nog gering.

Er is vooral sprake van inventariserend en beschrijvend onderzoek, knelpuntenanalyses, verkennende studies en instrumentontwikkeling, de eerste fasen van het wetenschappelijk bedrijf.

Het belang van onderzoek naar de (verwijs)relatie tussen huisartsen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) heeft onlangs een

impuls gekregen met de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ in 1982. Hiermee is niet alleen de formele toegang tot de AGGZ via de huisarts (of met hem samenwerkende maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen) geregeld, maar worden de RIAGG's tevens door hun erkenningsnormen verplicht om met de eerstelijnsgezondheidszorg samen te werken.

Daarvoor was de (A)GGZ vrij toegankelijk en zeiden verwijscijfers vooral iets over de particuliere kenmerken van lokale situaties.

Landelijk gezien was overigens toen al de huisarts de belangrijkste verwijzer naar de (A)GGZ en daarmee een belangrijke klant.

Andersom is dat veel minder het geval. Huisartsen verwijzen gemiddeld nog geen 20 patiënten per jaar naar de geestelijke gezondheidszorg (intramuraal en extramuraal) tegen bijna 1.200 naar somatische specialisten: voor de huisarts is de geestelijke gezondheidszorg slechts van ondergeschikt belang in het totale netwerk van verwijzen en samenwerkingsrelaties dat hij heeft.

Ook dit is een verklaring voor de betrekkelijk geringe aandacht die er tot op heden geweest is voor de relatie eerstelijnsgezondheidszorg-geestelijke gezondheidszorg.

Dit relatief lage verwijscijfer van de huisarts heeft nog een andere consequentie, waar men wellicht niet zo snel bij stil staat. Er wordt namelijk al zo weinig naar de (A)GGZ verwezen dat het niet voor de hand ligt om hier substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnsgezondheidszorg te mogen verwachten.

Beleid zal dan ook niet zozeer op die substitutie gericht moeten zijn, alswel op de vergroting van de competentie van de eerste lijn om psychische problemen te onderkennen en te begeleiden, en als een goede filter te fungeren tussen zelfzorg en mantelzorg enerzijds en gespecialiseerde tweedelijnszorg anderzijds.

Enkele jaren geleden heeft een serie onderzoeken zich bezig gehouden met het thema deskundigheidsbevordering vanuit de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg (evaluatie van experimenten met gesprekstrainingen voor huisartsen, met als mental health consultation de psycholoog of psycho-sociaal team in de eerste lijn).

De onderzoeken (hoewel niet helemaal vergelijkbaar) leverden teleurstellende resultaten op met betrekking tot de 'harde' maten: er werd niet minder naar de tweede lijn verwezen; patiënten kwamen (na een korte periode) weer even vaak bij hun huisarts als voorheen en slikten weer evenveel medicijnen.

Wel bleek in deze onderzoeken dat huisartsen sensitiever werden voor psycho-sociale problematiek en dat zij zich gesteund voelden

bij dit moeilijke onderdeel van hun werk.

Soms vallen zaken op niet door hun aan- maar door hun afwezigheid. Dat geldt hier met name voor de relatie tussen het algemeen maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Wie naar de aard van het werk in deze beide sectoren kijkt, zal verwachten dat er een nauwe samenwerking te zien zou zijn, of tenminste processen van onderlinge taakafbakening inclusief de bijbehorende problemen. Niets is minder waar. De toenadering tussen algemeen maatschappelijk werk en de AGGZ is zo recent dat er nog geen afgeronde onderzoeken voorhanden zijn. Als de in gang gezette ontwikkelingen (zowel in het veld als in het geïntegreerde Ministerie van WVC) zich logisch voortzetten zal dit bij een eventuele volgende overzichtsstudie zeker wel het geval zijn.

Tot slot: wat de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid ook voor kritiek mag hebben losgemaakt over het in deze nota gehanteerde onderscheid tussen 'lichte' psycho-sociale problematiek (die in de eerste lijn behandeld zou moeten worden) en psychische problematiek (die in de gespecialiseerde (A)GGZ thuishoort); in ieder geval is hiermee - eindelijk - een inhoudelijke discussie op gang gekomen over de vraag wat in de eerste en wat in de tweede lijn behandeld zou moeten worden, hetgeen de onderlinge taakafbakening én de samenwerking tussen deze beide sectoren zeker ten goede zal komen.

4. DE CONSUMENT VAN EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG

De stelling dat mensen geen behoefte hebben aan gezondheidszorg, maar aan gezondheid, gaat eerder op voor de medische sector (een enkel overdrachtsprobleem in de psychotherapie daargelaten), dan voor de verplegende en verzorgende beroepen. Bij de gezinszorg is er behoefte aan iemand die de afwas doet of de ramen lapt, terwijl een gezondheidsprobleem meestal eerst omschreven en vastgesteld moet worden voor dat tot nadere hulp kan worden besloten. Dit betekent (onder meer) dat het 'gebruik van voorzieningen' niet rechtstreeks mag worden vertaald in 'behoeften' van de bevolking. Nader inzicht in het verloop van 'lichamelijk onwelbevinden' tot 'behoefte aan professionele hulp' is nodig voor dat de feitelijke en gerealiseerde hulpvraag juist kan worden geïnterpreteerd.

Klachten

Als we ons beperken tot hulpvragen die te herleiden zijn tot klachten over de gezondheid (en dit is een beperking, men moet niet vergeten dat een risicovolle afwijking als 'hoge bloeddruk' in het geheel niet gepaard hoeft te gaan met gevoelens van lichamelijk onwelbevinden), dan ligt het voor de hand om het onderzoek te beginnen met het in beeld brengen van deze klachten. Twee soorten onderzoek zijn op dit vlak verricht; de eerste soort betreft onderzoek naar 'klagen-op-uitnodiging' - scores die mensen halen op een voorgedeelde lijst met klachten. Het tweede heeft meer gericht betrekking op de verhouding 'onwelbevinden' en 'doktersbezoek'. In dit tweede type wordt geprobeerd de verhouding vast te stellen tussen klachtenonder-de-bevolking en de aan huisartsen gepresenteerde problematiek. Uit dergelijk onderzoek blijkt ten eerste dat doktersbezoek een zeldzaamheid is - slechts in een fractie (3%) van de gevallen waarin men zich onwel voelt wordt hulp ingeroepen - maar dat er verder inhoudelijk gesproken wel een zekere gelijkenis te vinden is tussen het ervaren onwelbevinden en de aan de huisarts gepresenteerde problematiek. Tot de top-10 klachten behoren verkoudheid, hoofdpijn, spierpijn, slapeloosheid, algemeen gevoel van malaise en ondanks de 'wanverhouding' tussen het vóórkomen van de klachten en het bezoek aan de huisarts komen alle bovengenoemde klachten ook voor bij de 'gewone ziekten' in de huisartspraktijk.

Een belangwekkende bevinding is, dat het verschil tussen personen die hun huisarts vaak bezoeken en degenen die dat weinig doen, minder ligt in de hoeveelheid klachten die worden genoteerd, dan in de waarde die door mensen wordt gehecht aan medisch ingrijpen bij meervoudige stoornissen. Kort gezegd komen die mensen vaak bij de huisarts, die vinden dat iemand met spierpijn bij hulp van een medicus gebaat is. Dit geldt vooral voor mensen die in zijn algemeenheid gezond te noemen zijn.

Onderzoek naar klagen-op-uitnodiging levert een ander beeld op.

Met enige reserve kan men de score op een klachtenlijst opvatten als een maat voor iemands neurotische labiliteit. Veel klachten van het genre spierpijn, malaise, maagklachten, hartkloppingen, (lage) rugpijn, verwijzen eerder naar geestelijk dan lichamelijk onwelbevinden. Men treft deze klachten dan ook in verhevigde mate aan bij personen die geen werk meer, geen partner meer of geen goede gezondheid meer hebben.

Is het volgens de resultaten van het eerste onderzoekstype niet zinvol om verder te zoeken naar de achtergronden van de gepresenteerde klachten (eerder zal men duidelijk moeten maken dat de klachten ook

zonder medisch ingrijpen wel overgaan), in het tweede geval is er wel degelijk sprake van een klacht of een probleem-achter-de-klacht. Een stroming als het 'Methodisch Werken' ontleent zijn bestaansrecht aan de gedachte dat veel psychische en sociale problemen 'verpakt' worden in lichamelijke klachten. Het zou kunnen zijn dat de eerstgenoemde bevinding voor een andere groep mensen geldt (stabiele gezinnen, gezonde mensen) dan de laatstgenoemde. Dit zou nog eens rustig uitgezocht moeten worden.

Ziekten

Reeds gezegd is dat de meest voorkomende ziekten, symptomen en problemen in de huisartspraktijk aardig overeenkomen met de meest voorkomende klachten onder de bevolking. Het is van een verpletterende 'gewoonheid' allemaal. Een bijzondere positie neemt een verschijnsel als hypertensie in. Hypertensie moet actief worden opgespoord, want het vóórkomen ervan behoeft niet met andere klachten gepaard te gaan. Is van de meest voorkomende 'gewone ziekten' niet goed voorstelbaar dat het hier om 'voorlopers' van ernstige zaken gaat, van hypertensie is dat maar al te goed bekend. Presentatie in de huisartspraktijk is echter louter en alleen een functie van gerichte en systematische opsporing.

Interessant is dat sommige onderzoekers constateren dat de interdoktervariantie het grootst is bij deze zogenaamde 'gewone ziekten'. Chronische aandoeningen en ziekten van kinderen zijn minder gevoelig voor de werkwijze van artsen. Ook de constatering dat er enorme verschillen zijn in de mate waarin huisartsen klachten als 'psychisch' of 'sociaal' duiden wijst er op dat ook hier een aanzienlijke keuzevrijheid bestaat.

Voor de meeste van deze 'gewone ziekten' geldt dat doorverwijzing naar specialistische zorg slechts bij uitzondering geboden is; vaak is er sprake van verholde psychosociale problematiek of van een wat al te sterk ontwikkelde neiging om de huisarts bij betrekkelijk eenvoudige klachten te consulteren.

Bij chronische aandoeningen ligt de zaak anders. Hoewel ze elk voor zich niet zo vaak voorkomen, lijdt een kwart tot een derde van de volwassen bevolking aan een substantieel gebrek aan gezondheid, meestal van irreversibele aard.

Over de rol van de huisarts bij dit probleem is al het nodige gezegd. Vermeldenswaard is wellicht nog een onderzoek waarin patiëntenorganisaties van chronische patiënten werden ondervraagd. De organisaties laten zich duidelijk in twee groepen verdelen; sommige groepen vinden dat huisartsen meer van hun ziekte zouden moeten af-

weten en pleiten voor 'gespecialiseerde' huisartsen en vooral voor tijdige onderkenning en doorverwijzing. De oriëntatie van deze groepen is dan ook voornamelijk op de tweede lijn. Andere groepen benadrukken de wens dat huisartsen meer zouden letten op de psycho-sociale betekenis van de aandoening. Wat betekent een dergelijke ziekte voor iemand zelf en zijn sociale omgeving. Van de huisarts wordt vooral begrip en begeleiding gevraagd. Patiëntenorganisaties voor ziekten als 'Parkinson' bepleiten de eerste aanpak; de georganiseerde asthmatici bijvoorbeeld de tweede.

Doktersbezoek

Klachten, ziekten en doktersbezoek; het ligt wel in elkaars verlengde, maar de afstand tussen de begrippen is groot.

Ruwweg kan men stellen dat men de huisarts bezoekt omdat men zich niet wel voelt. Dat wil eigenlijk alleen maar zeggen dat men de arts niet bezoekt als men niets mankeert, want het aantal malen dat men zich niet wel voelt overtreft verre het aantal contacten met de huisarts. Toch is de aard en ernst van de aandoening of van de klacht zo belangrijk dat de invloed van een factor als 'verzekeringsvorm' daarbij in het niet valt.

Wil men 'medische consumptie' goed bestuderen dan dient men contacten op initiatief van de patiënt analytisch te scheiden van contacten op initiatief van de arts (terugbestel-contacten). Contacten op initiatief van de patiënten worden vooral beïnvloed door onwelbevinden, geneigdheid om hulp in te roepen en van deze beide factoren weer de biologische, culturele en psychologische determinanten. Grootte, vorm en organisatie van de huisartspraktijk bepalen (mede) de herhaalcontacten. Zowel in de Engelse als in de Nederlandse gezondheidszorg wordt een wat hogere contactfrequentie gevonden bij solopraktijken vergeleken met meermanspraktijken of gezondheidscentra.

De voornaamste determinanten van doktersbezoek zijn echter gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en opleiding.

Behoeftte aan eerstelijnsverpleegkundige zorg en gezinsverzorging

Bij de afsluitende paragrafen van de hoofdstukken 'wijkverpleging', 'gezinszorg' en 'ouderen' is al gezegd dat het (schaarse) onderzoek naar de relatie tussen hulpbehoefte en het verlenen van professionele hulp vooral uitwijst dat gevraagde hulp meestal wel gegeven wordt, maar dat lang niet alle behoeften aan zorg tot een vraag naar professionele hulp leiden. Natuurlijk vormen informele hulp of rechtstreeks betaalde huishoudelijke hulp een belangrijk substi-

tuut; vooral de variatie in informele zorg is een zeer belangrijk onderzoeksterrein. Personen met weinig contacten met burens, vrienden en familie formuleren veel behoeften aan contact en eenvoudige hulp (boodschappen doen bijvoorbeeld). Verpleegkundige zorg wordt in het algemeen wel gegeven als daar behoefte aan bestaat; het aardige is dat behoeften van personen die verpleegkundige zorg krijgen ook op ander vlak (en passant) vervuld worden. Aldus de resultaten van één van de weinige verkennende studies op dit gebied.

5. TOT SLOT

Wie aan het slot van dit slothoofdstuk verwacht dat hier de meest diepzinnige en weloverwogen uitspraken te vinden zijn, moeten we teleurstellen. Het ligt niet binnen het vermogen van de auteurs om 600 pagina's in enkele alinea's samen te ballen, zonder in obligate algemeenheden te vervallen die bovendien sterke gelijkenis tonen met de vooroordelen die al bestonden voordat deze overzichtsstudie geschreven was.

Desalniettemin willen we de lezer wel wat 'meegeven'.

Als eerste de observatie dat, naar ons oordeel, beleid vooral aan de aanbodzijde van de zorg dient plaats te vinden en niet of in ieder geval veel minder sterk aan de vraagzijde. Kent men iemands gezondheidstoestand, zijn of haar leeftijd, geslacht en opleiding dan weet men nauwkeurig of en hoe vaak iemand zijn huisarts bezoekt. Verzekeringsvorm en eigen bijdragen doen er dan niet zoveel meer toe. Uiteraard moet men doorgaan met een ontmoedigingsbeleid van riskante gewoonten en het stimuleren van gezonde eet- en leefgewoonten, het veiliger maken van het verkeer en allerlei andere maatregelen die voorkómen dat mensen ziek worden. Op die manier kan aan de 'vraagzijde' zeer nuttig werk worden gedaan. Men zou dus (net als in Zweden) 'gezondheidspolitiek' en niet 'gezondheidszorgpolitiek' moeten bedrijven. Het is aardig om te bedenken dat de Zweedse provincies (het bestuursniveau waaronder in Zweden gezondheid en gezondheidszorg ressorteren) 80% van hun budget aan deze gezondheidspolitiek in brede zin besteden.

Zijn mensen echter ziek, dan is het opwerpen van drempels voor het gebruik van zorg (en zeker van de betrekkelijk goedkope eerstelijnszorg) het spannen van het paard achter de wagen.

Over het beleid aan de aanbodzijde is in de voorgaande paragrafen

het nodige gezegd:

- twijfel is uitgesproken over de noodzaak van een vestigingsbeleid voor het bereiken van een evenwichtige spreiding van bijvoorbeeld huisartsen over Nederland (er kunnen wel andere gronden zijn, natuurlijk);
- stimulering van gezondheidscentra blijft een goede zaak en kan zeker niet vervangen worden door het naar voren schuiven van home-teams;
- de honoreringsstructuur van huisarts en specialist geeft beiden precies de verkeerde 'incentives' - het is echter niet zinvol om aan bijvoorbeeld de structuur van de honorering van huisartsen te 'sleutelen' zonder maatregelen inzake de specialistenhonorering. Ook zal men moeten voorkomen dat ziekenhuisbudgetten op inkomsten uit verrichtingen zijn gebaseerd. De gedachten die worden geopperd om de 'verwijskaart' te herzien in die zin dat 'diagnose' en 'behandeling' worden gescheiden, verdienen ruime steun;
- huisartsen zijn qua houding en administratieve uitrusting slecht voorbereid op een toename van preventieve taken. Het surveilleren van de praktijkpopulatie vergt een houding en (bijvoorbeeld) een per computer bijgehouden praktijkadministratie die maar zelden wordt aangetroffen;
- een uitgewerkt en in hoofdlijnen gestandaardiseerd takenpakket voor alle beroepen in de eerste lijn is een noodzakelijke voorwaarde voor een sturing en evaluatie van beleidsmaatregelen. Verschuivingen in de uitgeoefende taken kunnen dan tegen het 'pakket' worden afgezet;
- voor een huisarts is het onmogelijk om rekening te houden met de grote hoeveelheid impulsen uit de samenleving die tot doel hebben zijn gedrag in een bepaalde richting te veranderen. Het stellen van prioriteiten in samenwerkingsrelaties en in het takenpakket kan ook hier ordenend werken;
- verschuivingen van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg stellen eisen aan de vaktechnische bekwaamheden van huisartsen en wijkverpleegkundigen. Men moet goed opletten of dit strookt met de huidige nadruk op begeleiding van bijvoorbeeld meer psycho-sociaal getinte problematiek. Zeker als er uit anderen hoofde (nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid) pressie komt dat meer psycho-sociale problemen binnen de eerste lijn dienen te worden afgehandeld;
- het tekort aan basisinformatie dat reeds in de Structuurnota werd geconstateerd dient met spoed te worden opgeheven.

