

3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## EERSTE LIJN IN ROTTERDAM

onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke  
eerstelijns(gezondheids)zorg

G.J. Visser

maart 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-  
gezondheidszorg NIVEL

postbus 1568 3500 BN Utrecht telefoon: 030 - 31 99 46

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

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

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

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Visser, G.J.

Eerstelijns in Rotterdam: onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke eerstelijns(gezondheids)zorg / G.J. Visser - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-001-3

SISO 601.51 UDC 614.2(492\*3000)

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg ; Rotterdam

Typewerk: Jos Evers

Drukwerk: Anton Learentveld

NIVEL, Utrecht, 1985

## INHOUDSOPGAVE

	Blz.
1. Inleiding	1
2. Vraagstelling en werkwijze	3
2.1. Vraagstelling	3
2.1.1. Eerstelijnsgezondheidszorg	3
2.1.2. Knelpunten	5
2.2. Werkwijze	7
3. Gesprekspartners	9
3.1. Patiënten- en cliëntenorganisaties	9
3.2. Organisaties met een bredere doelstelling	12
3.3. Organisaties van hulpverleners en beleidsmakers	13
3.4. Representativiteit	13
4. Rotterdam - enkele demografische gegevens	15
5. Eerstelijnsgezondheidszorg	20
5.1. De huisarts	20
5.1.1. Feitelijke gegevens	20
5.1.2. Inhoudelijke aspecten	21
5.1.3. Organisatorische aspecten	27
5.1.4. Samenvatting	28
5.2. Wijkverpleging	29
5.2.1. Feitelijke gegevens	29
5.2.2. Inhoudelijke aspecten	30
5.2.3. Organisatorische aspecten	31
5.2.4. Samenvatting	32
5.3. Fysiotherapie	33
5.3.1. Feitelijke gegevens	33
5.3.2. Inhoudelijke aspecten	33
5.3.3. Organisatorische aspecten	34
5.3.4. Samenvatting	35
5.4. Farmacie	35
5.4.1. Feitelijke gegevens	35
5.4.2. Inhoudelijke aspecten	35
5.4.3. Organisatorische aspecten	36
5.4.4. Samenvatting	37
5.5. Overige disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg	37
5.5.1. Tandheelkunde	37
5.5.2. Verloskunde	39
5.5.3. Logopedie	40
5.5.4. Samenvatting	41
6. Maatschappelijke dienstverlening in de eerste lijn	42
6.1. Het algemeen maatschappelijk werk	42
6.1.1. Feitelijke gegevens	42
6.1.2. Inhoudelijke aspecten	43

	Blz.
6.1.3. Organisatorische aspecten	45
6.1.4. Samenvatting	45
6.2. Gezinsverzorging	46
6.2.1. Feitelijke gegevens	46
6.2.2. Inhoudelijke aspecten	47
6.2.3. Organisatorische aspecten	48
6.2.4. Samenvatting	50
7. Samenwerking in de eerstelij	51
7.1. Feitelijke gegevens	51
7.2. Inhoudelijke aspecten	54
7.3. Organisatorische aspecten	56
7.4. Ondersteuning	58
7.5. Samenvatting	59
8. Samenwerking tussen eerste- en tweedelij	61
8.1. Problemen in de samenwerking	61
8.2. Naar mogelijke oplossingen	63
8.3. Samenvatting	64
9. Patiëntenorganisaties en de eerste lijn	65
9.1. Activiteiten van patiëntenorganisaties	65
9.2. Samenwerking tussen patiëntenorganisaties en hulpverleners	68
9.3. Patiëntenorganisaties en beleid	69
9.4. Samenvatting	70
10. Klachten	71
11. De eerstelijnsgezondheidszorg in het nieuws	74
11.1. Enige cijfers over de berichtgeving	74
11.2. Wat is nieuws?	75
11.3. De kranten zelf	77
11.4. Samenvatting	78
12. Samenvatting, discussie en conclusies	79
12.1. Samenvatting	79
12.2. Discussie en conclusies	82
Noten	87
Literatuur	94
Bijlagen	96



## 1. INLEIDING

### Voorgeschiedenis

Doe mee. Streep mee. Speel mee. Met die woorden, vetgedrukt in een paginagrote advertentie in het dagblad Het Vrije Volk van 20 augustus 1980, begint de geschiedenis van het onderzoek naar knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Het is de eerste aankondiging van een bingo-actie van het dagblad, waarvan de opbrengst ten goede zal komen aan de Stichting Bevordering Volksgezondheid (SBV), een samenwerkingsverband van de plaatselijke afdelingen van - destijds - het Prinses Beatrixfonds, het Emmabloem Tuberculosefonds, het Nederlands Astmafonds, het Koningin Wilhelminafonds, de Nierstichting Nederland en de Nederlandse Hartstichting.<sup>1</sup> De SBV, zo zegt de advertentie, zal het geld 'zorgvuldig besteden aan hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg, met name binnen de Rotterdamse regio'.

Ruim drie jaar later, op 5 september 1983, neemt het bestuur van de SBV een definitief besluit over de besteding van een deel van de opbrengst van de actie: het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), later omgedoopt in Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), krijgt de opdracht onderzoek te doen naar mogelijke knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam. Daarbij zal het moeten gaan om "een brede inventarisatie onder organisaties van cliënten en onder organisaties en instanties met een specifieke of algemene verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ter plaatse". Tevens wordt het NHI opgedragen een mogelijk onderzoek naar de afstemming van werkgebieden in de eerstelijnszorg in Rotterdam nader voor te bereiden.

Het eerste, op de consument van zorg gerichte onderzoek begint op 1 februari 1984. Afsproken wordt in een reeks gesprekken met vertegenwoordigers van organisaties van patiënten en cliënten de daar ervaren knelpunten te inventariseren. Deze zullen vervolgens worden voorgelegd aan vertegenwoordigers van organisaties die op enigerlei wijze verantwoordelijk zijn voor het goed functioneren van de plaatselijke gezondheidszorg; daarbij zullen tevens de door deze organisaties ervaren knelpunten worden 'meegenomen'.

### Indeling eindrapport

Het voorliggend rapport is het eindverslag van dit eerste onderzoek. Allereerst wordt, in hoofdstuk 2, ingegaan op de vraagstelling en op de werkwijze. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de verschillende organisaties die bij het onderzoek werden betrokken. Na een korte beschrijving van enkele relevante demografische gegevens van de stad Rotterdam (hoofdstuk 4) worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Eerst worden de knelpunten in het functioneren van de verschillende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg (hfdst. 5)

en in de maatschappelijke dienstverlening in de eerste-  
lijn (hfdst. 6) beschreven; vervolgens komen de knelpun-  
ten in achtereenvolgens de samenwerking in de eerste-  
lijn (hfdst. 7) en de samenwerking tussen eerste- en  
tweedelij (hfdst. 8) aan de orde. In de daarop volgende  
hoofdstukken wordt een beeld geschetst van patiëntenor-  
ganisaties, van klachtenbehandeling en van de berichtge-  
ving over de eerstelijnszorg in de Rotterdamse pers. In  
hoofdstuk 12, tenslotte, volgen samenvatting, discussie  
en conclusies.

## 2. VRAAGSTELLING EN WERKWIJZE

### 2.1. Vraagstelling

#### Vraagstelling

Gezien de doelstelling van het project - inzicht krijgen in knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg - is de vraagstelling zeer ruim te formuleren als:

*"Welke knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam zien organisaties van patiënten en cliënten en - in tweede instantie - organisaties die voor het functioneren van de zorg verantwoordelijk zijn?"*

Drie elementen in deze vraag verdienen een nadere toelichting: de eerstelijns(gezondheids)zorg, de knelpunten en de organisaties die daarover hun mening kunnen geven. Over de eerste twee wordt in deze paragraaf een korte uiteenzetting gegeven; in de volgende paragraaf en in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de organisaties.

#### 2.1.1. Eerstelijns(gezondheids)zorg

#### Eerstelijns- gezondheidszorg

Volgens de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, die in 1980 door staatssecretaris Veder-Smit van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer werd aangeboden, is het doel van de eerstelijnsgezondheidszorg '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.'

Zestien beroepen voldoen volgens de Schets aan die ruime doelstelling: huisarts, tandarts, mondhygiënist, kraamverzorgster, wijkverpleegkundige, wijkziekenverzorger, diëtist, verloskundige, fysiotherapeut, oefen-therapeut, logopedist, apotheekhoudend huisarts, apotheker, algemeen maatschappelijk werker, gezinsverzorgster en bejaardenverzorgster. Wordt in de Schets opgemerkt dat die laatste drie beroepen 'door velen niet tot de gezondheidszorg worden gerekend' en daartoe ook zeker niet expliciet behoren, in de meest recente beleidsnota van de landelijke overheid wordt dat verschil veel verder uitgewerkt. In die nota, de Nota Eerstelijnszorg, die in 1983 door staatssecretaris Van der Reijden werd opgesteld, maken eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de eerstelijnszorg, waartoe onder meer het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging behoren, samen deel uit van de eersteelijnszorg. Ook voorzieningen als sociale raadslieden, telefonische hulpdiensten, maatschappelijke advies- en informatiecentra worden tot de eerstelijnszorg gerekend (WVC, 1983).

#### Eerstelijnszorg

Overgenomen is, zij het in iets gewijzigde vorm, de begripsomschrijving van de eerstelijns en de kenmerken van de eerstelijns(gezondheids)zorg, die daaruit voortvloeien:

- het generalistische karakter van de aangeboden hulp en zorg met preventieve, voorlichtende, curatieve, verplegende, revaliderende, bewakende en signalerende aspecten, niet beperkt tot bepaalde categorieën hulpvragers, hulpvragen of hulpverleningsmethoden;
- de (in principe) vrije toegankelijkheid van de daarin werkende hulpverleners;
- de situering dichtbij of temidden van de doelpopulatie;
- de gerichtheid op de mens in zijn vertrouwde omgeving;
- de ambulante wijze van hulpverlening (WVC,1983).

Verschillen  
tussen disciplines

Het is duidelijk dat niet alle beroepen die tot de eerstelijns worden gerekend aan al deze kenmerken voldoen. Vergeleken met de huisarts, die met een breed scala aan klachten en problemen te maken krijgt, is het werk van de verloskundige en de tandarts niet 'algemeen' te noemen; wél indien het wordt geplaatst naast de specialistische taken van respectievelijk gynaecoloog en kaakchirurg. Voor het inroepen van hulp door een fysiotherapeut is een verwijzing door de (huis)arts noodzakelijk; iets dergelijks geldt voor de apotheker, die - behalve voor de vrij verkrijgbare medicijnen - doorgaans ook te hulp wordt geroepen na een 'verwijzing' door een (huis)arts. Het algemeen maatschappelijk werk is 'generalistisch' in die zin dat het probleemaanbod, als bij de huisarts, breed is, maar terwijl deze laatste patiënten kan verwijzen en ook verwijst naar specialistische tweedelijnszorg, is van een intensieve verwijsrelatie tussen algemeen maatschappelijk werk en (gespecialiseerde) ambulante geestelijke gezondheidszorg nauwelijks sprake (Peters, 1983).

Omgekeerd kan men zich afvragen of een functie als de EHBO, gezien de kenmerken, niet tot de eerstelijnszorg gerekend zou moeten worden; in de nota's is daarvan echter geen sprake.

Kerndisciplines

Aan de verschillende voorzieningen in de eerstelijns wordt geen gelijk gewicht toegekend: in de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg worden de huisartsgeneeskunde, de wijkverpleging en het algemeen maatschappelijk werk de drie 'kerndisciplines' genoemd. In de Nota Eerstelijnszorg wordt de gezinszorg daaraan toegevoegd. De vier krijgen als 'algemene thuiszorg' een belangrijker rol toebedeeld dan de als 'specialistische thuiszorg' gekenschetste overige eerstelijnsvoorzieningen (WVC, 1983).

De vier kerndisciplines nemen ook een belangrijke plaats in in ons onderzoek. Daarnaast hebben wij ons gericht op het werk van de fysiotherapeut, de verloskundige, de apotheker en de tandarts.<sup>2</sup> Andere eerstelijnsvoorzieningen komen in dit rapport dan ook niet aan de orde.<sup>3</sup>

### 2.1.2. Knelpunten

#### Bekende knelpunten

Aan knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg zijn in de afgelopen jaren al de nodige woorden gewijd. Bij een - korte en noodzakelijk beperkte - bespreking daarvan kan, naar het voorbeeld van de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, een indeling worden gemaakt in problemen op het niveau van de uitvoering, op het niveau van de ondersteuning en op het niveau van het beleid.

#### Uitvoering

Op het niveau van de uitvoering wordt gewezen op de toenemende verzwaring en uitbreiding van de taken van de hulpverleners: de accentverschuiving van tweede- naar eerstelijns heeft consequenties voor de praktijk van de hulpverlening, het gewijzigd ziektepatroon en de zich langzaam wijzigende leeftijdsopbouw van de bevolking stellen andere eisen en er moet meer tijd worden vrijgemaakt voor overleg, nascholing en preventieve activiteiten (VOMIL, 1980). Daarbij komt dat groepen hulpvragers in 'achterstandsituaties' - zoals migranten - een bijzondere aanpak noodzakelijk maken (Tuinier, 1983). Sommigen noemen in dit verband een tekort aan arbeidsplaatsen in de eerstelijns expliciet een knelpunt (WGU, 1980).

#### Samenwerking

Op uitvoeringsniveau spelen ook problemen mee die de, noodzakelijk geachte, goede samenwerking bemoeilijken, zowel tussen eerstelijns hulpverleners onderling als tussen hen en tweedelijnsvoorzieningen. In de eerstelijns is het belangrijkste knelpunt in dit opzicht het feit dat de verschillende disciplines zelden met één en dezelfde groep patiënten of cliënten werken; onderling overleg over behandeling of begeleiding wordt daardoor belemmerd (VOMIL, 1980; WGU, 1980; WVC, 1983). Het bestaan van verschillende visies op hulpverlening en van onvoldoende geformuleerde takenpakketten staat samenwerking eveneens in de weg (WVC, 1983). Waar wordt gekozen voor gestructureerde samenwerking in een gezondheidscentrum vormen de ongelijke rechtsposities van de hulpverleners en de ingewikkelde financieringsregelingen belangrijke problemen.<sup>4</sup> Knelpunten in de relatie tussen eerste- en tweedelijns zijn eveneens voor een deel structureel van aard, zoals het feit dat ook hier patiëntenbestanden elkaar niet overlappen, terwijl ook de wederzijdse negatieve beeldvorming en de onduidelijke afbakening van taken en bevoegdheden een goed verlopende samenwerking in de weg staan (Swinkels en Dopheide, 1982).

#### Ondersteuning

Op het niveau van de ondersteuning wordt opgemerkt dat juist waar hulpverleners met elkaar samenwerken het ontbreken van een gemeenschappelijke ondersteuning als een gemis wordt ervaren (VOMIL, 1980).<sup>5</sup> Ook worden vraagtekens gezet bij de mate waarin opleidingen en bij- en nascholing op de beroepsuitoefening zijn afgestemd (VOMIL, 1980).

## Beleid

Het belangrijkste knelpunt op het niveau van het beleid tenslotte is, naast het ontbreken van een gemeenschappelijke visie (vgl. noot 5) en het ontbreken van voldoende noodzakelijke gegevens, het feit dat de financiering van de eerstelijns(gezondheids)zorg langs verschillende kanalen verloopt en dat - mede daardoor - de instrumenten ontbreken om regelend en sturend te kunnen optreden (VOMIL, 1980). Gevolg van het één en ander is dat een verschuiving van middelen van tweede- naar eerstelijns en binnen de eerstelijns moeilijk is te realiseren (WVC, 1983). Het ontbreken van 'regel- en stuurmechanismen', die inzet van mankracht en middelen en omvang, aard en spreiding van voorzieningen zouden kunnen regelen, maakt een goede planning van een wijkgerichte eerstelijns(gezondheids)zorg niet mogelijk (VOMIL, 1980).

## Consumenten

Eén kenmerk hebben de genoemde knelpunten, hoe uiteenlopend ook, met elkaar gemeen: ze worden gezien en beschreven vanuit de optiek van de hulpverlener of de beleidsmaker. De consument van de gezondheidszorg wordt in de discussie betrokken voor zover anderen de indruk hebben dat de hulpverlening aan hem door welke oorzaak dan ook tekort schiet. Knelpunten op het niveau van de ondersteuning en van het beleid zijn daarbij voor de doorsnee-consument waarschijnlijk ook nauwelijks waar te nemen. Juist problemen op het niveau van de uitvoering worden door hem soms letterlijk aan den lijve gevoeld.

## Consumenten- onderzoek

Opvallend constant in het schaarse onderzoek naar de mening van consumenten over de gezondheidszorg is de grote mate van tevredenheid. Van de respondenten op een schriftelijke enquête in de gemeente Helmond zegt 94 % in het algemeen 'tevreden' te zijn over de huisarts; 88 % is dat over de apotheek (gemeente Helmond, 1983). Ook uit onderzoek naar de mening van de leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen (NVvH) over de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg blijkt een grote tevredenheid (Warmenhoven, 1984).

De verklaring van een grote gemeten tevredenheid kan, maar hoeft niet noodzakelijkerwijs te liggen in werkelijk bestaande tevredenheid; het beeld kan vertekend zijn doordat de gekozen methode van onderzoek (dikwijls met behulp van schriftelijke enquêtes) niet gevoelig genoeg is, of doordat hulpverleners, en in het bijzonder artsen, 'op een voetstuk staan' en kritiek niet makkelijk valt te leveren. Van veel belang is het feit dat het beeld genuanceerd wordt als niet de globale tevredenheid wordt gemeten, maar de tevredenheid over verschillende aspecten van de hulpverlening. Dan blijkt in Helmond 'slechts' 73 % van de respondenten tevreden te zijn over het afsprakensysteem van de huisarts, vindt 59 % de voorlichting door de tandarts onvoldoende en is 'niet meer dan' 72 % tevreden over het resultaat van de behandeling van de fysiotherapeut (gemeente Helmond, 1983). Van de geënquêteerde leden van de NVvH

vindt - een voorbeeld - 90 % van de respondenten voorlichting van de huisarts en tandarts voldoende, maar blijkt een kwart toch ontevreden over de mate waarin de huisarts wijst op de bijwerkingen van medicijnen (Warmenhoven, 1984). Ook kunnen variaties in (op zichzelf hoge) tevredenheidsscores tussen verschillende onderzoekspopulaties wijzen op mogelijke problemen in de zorg aan die groepen.

In dit rapport wordt zowel aandacht besteed aan de knelpunten die door patiënten en cliënten worden ervaren, als aan de problemen die door Rotterdamse hulpverleners en beleidsmakers worden onderkend.

## 2.2. Werkwijze

Werkwijze:  
gesprekken met  
60 organisaties

De belangrijkste bron van kennis ten behoeve van dit onderzoek vormen gesprekken met vertegenwoordigers van een kleine 60 organisaties, die enerzijds 'de patiënten' - in ruime zin - vertegenwoordigen, anderzijds hulpverleners en beleidsmakers.<sup>6</sup>

Van deze verschillende organisaties vormen de specifieke patiënten- en cliëntenorganisaties de grootste groep. Door deze organisaties als gesprekspartners te kiezen, wordt informatie verkregen die specifiek is dan de resultaten van tevredenheidsonderzoek onder een representatieve steekproef van de bevolking. Daarin zullen immers de chronisch zieke patiënten, die vaak en langdurig een beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen, slechts summier zijn vertegenwoordigd. Afgezien van het feit dat patiëntenorganisaties in staat geacht moeten worden problemen van juist deze patiënten te verwoorden, is hun mening ook van belang, omdat zij in toenemende mate een rol krijgen toebedeeld in het vormgeven aan beleid op het gebied van de gezondheidszorg, zowel landelijk als plaatselijk en regionaal.

Inventarisatie  
van patiënten-  
organisaties

Aan het voeren van de gesprekken met patiëntenorganisaties is de nodige voorbereiding vooraf gegaan. Nadat in de eerste maand van het onderzoek via een aantal oriënterende gesprekken (bijlage 1) een beeld was verkregen van de Rotterdamse eerstelijns, is allereerst een lijst opgesteld van alle patiëntenverenigingen, ouderverenigingen en zelfhulpgroepen, die in Rotterdam bestaan (bijlage 2).

Enquête

Aan de contactpersoon van alle 79 gevonden organisaties is vervolgens een enquête gestuurd, waarin vragen waren opgenomen over grootte en doelstelling van de organisatie, de mogelijke contacten van de organisatie naar buiten en het belang van eerstelijns hulpverleners voor de eigen leden (bijlage 3; respons in bijlage 2).

Selectie

Uit de 52 tijdig geretourneerde formulieren werden 26 organisaties gekozen, die ons voor het onderzoek het meest relevant voorkwamen. Daarbij werd ervoor gezorgd dat de verschillende soorten verenigingen voldoende zouden zijn vertegenwoordigd.<sup>7</sup>

De geselecteerde groepen hebben vervolgens een uitnodiging voor een gesprek gekregen. De bereidheid tot medewerking was groot: van de 26 organisaties heeft slechts één wegens tijdgebrek van deelname aan het onderzoek afgezien.

Organisaties met een bredere doelstelling

Naast de groep van patiënten- en cliëntenorganisaties is een groep van 16 organisaties geselecteerd op grond van hun verondersteld inzicht in de manier waarop de gezondheidszorg functioneert voor specifieke groepen Rotterdamers, zoals jongeren, bejaarden, vrouwen, migranten, werkenden en werklozen. Van deze groep bleken - na een schriftelijke uitnodiging daartoe - 13 organisaties bereid om aan het onderzoek mee te doen (bijlage 4).

Tenslotte is, als een zijpad van het onderzoek, contact gelegd met het gemeentelijk Bureau Sociale Zorg van Zee-, Rijn- en Binnenvaart en met de bureaus Studentendecanen en Universiteitspsychologen van de Erasmusuniversiteit over de gezondheidszorg ten behoeve van respectievelijk schippers en zeevarenden en studenten.

Eerste fase:  
41 respondenten

Resumerend zijn de resultaten van de eerste fase van het onderzoek gebaseerd op gesprekken met vertegenwoordigers van 25 patiënten- of cliëntenorganisaties, 13 organisaties met een bredere doelstelling en drie bureaus met een verantwoordelijkheid voor welzijn en gezondheid van specifieke groepen. De onderwerpen die in deze gesprekken aan de orde werden gesteld zijn opgenomen in bijlage 5.

Tweede fase:  
hulpverleners,  
politiek,  
ziekenfonds

De resultaten van de gesprekken werden neergelegd in een interimrapport<sup>8</sup>, dat in de tweede fase van het onderzoek werd besproken met organisaties van hulpverleners, het ziekenfonds, het plaatselijk ondersteuningsorgaan, de gemeente en de grote politieke partijen. De onderwerpen die in deze gesprekken aan de orde werden gesteld zijn opgenomen in bijlage 6.



### 3. GESPREKSPARTNERS

#### Beschrijving

In het vorige hoofdstuk is een korte aanduiding gegeven van de organisaties die bij de eerste en tweede fase van het onderzoek werden betrokken. Gezien de verschillende optieken van waaruit door deze organisaties naar de hulpverlening wordt gekeken, is een nauwkeuriger beschrijving echter noodzakelijk.

#### 3.1. Patiënten- en cliëntenorganisaties

#### Vijf typen van patiënten-organisaties

In de Nota Patiëntenbeleid, destijds onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris Veder-Smit opgesteld, wordt onderscheid gemaakt tussen vijf typen van patiëntenorganisaties (VOMIL, 1981):

- algemene patiëntenorganisaties
- thematische organisaties
- categoriale patiëntenorganisaties
- gehandicaptenorganisaties
- ouderorganisaties.

Alle vijf typen zijn in onze groep van 25 patiëntenorganisaties vertegenwoordigd: daarnaast is een aantal zelfhulpgroepen bij het onderzoek betrokken.

#### Algemene patiënten-organisaties

Algemene patiëntenorganisaties richten zich op een verbetering van de positie van de patiënt en op een vergroting van de betrokkenheid van mensen bij hun eigen gezondheid. De meeste organisaties besteden veel aandacht aan patiëntenrechten, het ondersteunen van mensen bij klachtenbehandeling en de vertegenwoordiging van patiënten in beleidsorganen van instellingen of instanties.

De grootste organisatie in deze categorie is de Algemene Vereniging van Patiëntenbelangen (AVP) met (1982) ongeveer 1500 leden (Boot en Knapen, 1983). De meeste groepen echter zijn kleiner en functioneren uitsluitend op plaatselijk niveau: patiëntenraden rond een gezondheidscentrum, werkgroepen, praatgroepen. Tot deze plaatselijke groepen behoren ook de drie algemene patiëntenorganisaties die in onze groep zijn opgenomen:

- de Patiëntenvereniging Afrikaanderwijk (100 leden), bestaande uit patiënten die staan ingeschreven bij de twee gezondheidscentra die in de wijk zijn gevestigd;
- Patiëntenvereniging Helianth (350 leden), verbonden aan een groepspraktijk op anthroposofische grondslag in Prins Alexander en de
- Werkgroep Gezondheidszorg van de Aktiegroep Het Oude Westen, die in de jaren zeventig is opgericht om te ijveren voor de bouw van een gezondheidscentrum in de wijk; nu dat er eenmaal is, bezint men zich op verdere activiteiten.

Thematische groepen

Thematische groepen zijn organisaties van patiënten die zich verdiepen in een bepaald probleem binnen de gezondheidszorg, echter niet in samenhang met een bepaalde ziekte. Voorbeelden zijn - op landelijk niveau - de Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en de Vereniging Kind en Ziekenhuis. Voor zover daartoe ook de groepen behoren die zich richten op de bevordering van een gezond leefgedrag (Boot en Knapen, 1983) kan de - Gezondheidswinkel tot deze categorie worden gerekend. De winkel, een project van het Centrum voor Vrijwilligers en voor een belangrijk deel draaiend op de inzet van hulpverleners-in-opleiding, is in het voorjaar van 1984 gesloten; plannen voor een nieuwe start zijn in een vergevorderd stadium.

Categoriale patiëntenorganisaties

Categoriale patiëntenorganisaties, waarin mensen zijn georganiseerd met een bepaalde ziekte of een chronische aandoening, vormen de grootste groep. De meeste van deze organisaties zijn landelijk georganiseerd en hebben daarnaast provinciale of regionale organisaties en contactpersonen. Op het laagste niveau zijn de patiëntenorganisaties vooral contactorganisaties en patiëntgericht. Er worden bijeenkomsten voor leden georganiseerd, men zoekt elkaar thuis op, er vinden recreatieve activiteiten plaats en er worden gespreksgroepen gevormd. Op landelijk niveau is men meer coördinerend en begeleidend werkzaam.

Elf categoriale organisaties zijn bij ons onderzoek betrokken:

- Vereniging ter behartiging van de belangen van astmatici (Vbba) (250 leden)\*
- Diabetesvereniging Nederland (DVN) (3400 leden)
- Psoriasispatiëntenvereniging (400 leden)
- Vereniging van reumapatiënten (550 leden)
- MS-stichting (300 contributanten)
- Parkinsonpatiëntenvereniging (170 leden)
- Afasie vereniging Nederland (175 leden)
- Migrainepatiëntenvereniging (200 leden)
- Cliëntenbond in de GGZ (90 leden)
- Nederlands Vereniging van stomapatiënten 'Harry Baconclub' (300 leden)
- Hyperventilatiestichting (70 participanten)

\*Aantallen leden hebben betrekking op de plaatselijke afdelingen.

Gehandicaptenorganisaties

Gehandicaptenorganisaties zijn vooral gericht op de emancipatie van gehandicapten in de maatschappij, door middel van voorlichting of door invloed uit te oefenen op het gehandicaptenbeleid van plaatselijke of landelijke overheid. Daarbij gaat het niet primair om gezondheidsvoorzieningen, maar veeleer om zaken als de hoogte van uitkeringen, de toegankelijkheid van openbare voorzieningen, verkeer, vervoer, aangepaste huisvesting en dergelijke (Boot en Knapen, 1983).

Tot deze organisaties rekenen wij de:

- Algemene Nederlandse Invaliden- en arbeidsongeschik-  
tenbond (ANIB) (2000 leden)
- Nederlandse Vereniging van Slechthorenden (NVVS)  
(440 leden)
- Nederlandse Vereniging van Blinden en Slechtzienden  
(NVBS) (400 leden) en het
- Rotterdamse Platform WAO/AAW-groepen (zes Rotterdamse  
en vier regionale groepen, waarvan het ledental va-  
rieert van 5 à 10 tot 200).

## Ouderorganisaties

Ouderorganisaties bestaan uit ouders van kinderen met eenzelfde problematiek. In de helft van de gevallen gaat het om kinderen met lichamelijke of geestelijke handicaps; daarnaast zijn er verenigingen van ouders van kinderen met (chronische)ziekten. De organisaties richten zich op voorlichting, belangenbehartiging en onderlinge hulpverlening.

De twee bij het onderzoek betrokken organisaties zijn beide verenigingen van ouders van gehandicapte kinderen:

- BOSK betekent letterlijk Bond van Ouders van Spas-  
tische Kinderen, maar de vereniging staat inmiddels  
open voor ouders van alle motorisch gehandicapte  
kinderen (300 leden);
- Dit Koningskind is een vereniging, op gereformeerde  
grondslag, van ouders van geestelijk en lichamenlijk  
gehandicapte kinderen (800 à 1000 leden).

## Zelfhulpgroepen

In zelfhulpgroepen werken mensen met eenzelfde probleem samen aan de oplossing daarvan. De groepen zijn door-  
gaans klein en worden gekenmerkt door veel onderling  
contact tussen de deelnemers. De grenzen tussen cate-  
goriale patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen zijn  
niet duidelijk te trekken; op plaatselijk niveau is  
ook binnen de grotere organisaties sprake van zelfhulp,  
terwijl kleinere zelfhulpgroepen soms deel uitmaken  
van een grotere organisatie, die zich richt op het  
creëren van de voorwaarden voor het organiseren van de  
zelfhulp.<sup>9</sup>

Vier zelfhulpgroepen zijn bij ons onderzoek betrokken:

- Phoenix is een landelijke organisatie van groepen van  
patiënten die aan medicijnen zijn verslaafd; in Rotter-  
dam is in 1982 een praatgroep opgericht na de ruime  
publiciteit rond de ervaringen van patiënten met het  
kalmeringsmiddel temesta; de groep is opgeheven en  
de nadruk ligt momenteel op telefonische begeleiding;
- Anonieme families, een groep van veertig ouders van  
aan drugs verslaafde kinderen;
- Werkgroep Borstkanker (Webo), een groep vrouwen die  
regelmatig bij elkaar komt en van waaruit eveneens  
begeleiding wordt gegeven aan andere vrouwen, na de  
operatie;
- Vrouwen bellen vrouwen, een hulptelefoon voor en van  
vrouwen.

### 3.2. Organisaties met een bredere doelstelling

Organisaties namens  
bevolkingsgroepen

Voor de keuze van organisaties die vanuit een bredere doelstelling knelpunten in de Rotterdamse eerstelijnsgezondheidszorg zouden kunnen signaleren, is uitgegaan van bevolkingsgroepen die in een stad als Rotterdam ruim vertegenwoordigd zijn en voor wie de gezondheidszorg wellicht problemen zou kunnen opleveren: jongeren, bejaarden, migranten, vrouwen, werkenden en werklozen. Gezocht werd naar organisaties die op enigerlei wijze namens deze groepen zouden kunnen spreken. Dertien organisaties verleenden vanuit dit gezichtspunt hun medewerking aan het onderzoek:

- de Jongerenbeweging verbonden met de FNV (80 leden) ziet voorlichting en belangenbehartiging als belangrijke taken en houdt onder meer een open spreekuur;
- de Kindertelefoon (één beroepskracht, 30 vrijwilligers) is een vrijwillige telefonische hulpdienst, bedoeld voor kinderen van 12 tot 18 jaar;
- de FNV
- de Stichting De Stempelaar (Bospolder; 4-5 vrijwilligers) houdt eveneens een open spreekuur, voor werklozen;
- het COSBO (Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen) is een samenwerkingsverband van drie bonden van ouderen;
- de Bond van Weduwen en Weduwnaars (BWW) organiseert voor de ongeveer 250 leden zondagse koffie-uurtjes en veertiendaagse bijeenkomsten; daarnaast wordt veel werk gemaakt van individuele opvang;
- de Rotterdamse Vrouwenraad is de overkoepelende organisatie van een dertigtal vrouwenorganisaties met uiteenlopende achtergrond;
- de Unie van Vrijwilligers verleent, met ongeveer 800 vrijwilligers, onder meer hulp aan bejaarden, chronisch zieken, slechthorenden, slechtzienden en afasiepatiënten;
- het Aktiekomitee Pro Gastarbeiders (AKPG) heeft, naast andere activiteiten, een spreekuur waarop migranten problemen rond onder meer uitkeringen kunnen bespreken;
- het Platform Buitenlandse Vrouwen coördineert de activiteit van 20 tot 30 groepen van buitenlandse vrouwen;
- De Stichting Buitenlandse Werknemers Rijnmond (SBWR),
- de Stichting Welzijnsbevordering Antillianen (SWA) en
- de Stichting Sociale Belangen Surinamers (SSBS) bieden individuele hulpverlening en zijn daarnaast actief op het gebied van voorlichting, educatie en vorming, opbouwwerk en sociaal-cultureel werk.

### 3.3. Organisaties van hulpverleners en beleidsmakers

Hulpverleners,  
politiek,  
ziekenfonds

Zoals al kort werd aangeduid zijn de knelpunten die door patiëntenorganisaties en algemene organisaties werden verzameld in de vorm van een interimrapport voorgelegd aan organisaties met een specifieke of algemene verantwoordelijkheid voor de Rotterdamse gezondheidszorg.

Met zeventien organisaties is gesproken<sup>10</sup>:

- Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV)
- Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (SMWR)
- Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (SSRK)
- Rotterdamse Raad voor Gezinsverzorging (RRG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), departement Rotterdam
- Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV), afdeling Rotterdam
- Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT), kring Rotterdam
- Plaatselijke Fysiotherapeuten Vereniging Rotterdam (PFVR)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), afdeling Rotterdam
- Beleidsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (BER)
- Overleg Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (OSER)
- Stichting Ondersteuningsorgaan Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (STOEL)
- Secretarie-afdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen van de gemeente Rotterdam
- CDA
- PvdA
- VVD
- Stichting Ziekenfonds Rotterdam (SZR).

### 3.4. Representativiteit

Zijn woordvoerders  
representatief?

Zaakwaarnemers

De gekozen onderzoekspzet roept de vraag op in hoeverre woordvoerders representatief zijn voor de groep van mensen die zij zeggen te vertegenwoordigen.

In zijn inaugurale rede bij het aanvaarden van een bijzonder hoogleraarschap aan de Erasmus Universiteit heeft Köbben uitspraken gedaan die in dit verband van belang kunnen zijn (Köbben, 1983). Hij introduceerde het begrip 'zaakwaarnemer' voor 'de persoon die opkomt voor de belangen van een bepaalde groep in de samenleving, zonder zelf tot die groep te behoren en zonder daartoe door die groep te zijn gekozen of aangesteld'. Belangrijk in zijn betoog is de veronderstelling dat de belangen zoals die door de woordvoerder worden genoemd, sterk af kunnen wijken van de wensen van degenen die hij zegt te vertegenwoordigen.

In ons geval kan de vraag naar de representativiteit - want daar gaat het om - zelfs tweemaal worden gesteld:

komt de mening van de woordvoerder van een organisatie overeen met die van de leden en vormen die leden zelf een goede afspiegeling van alle potentiële leden van die organisatie?

Patiënten-  
organisaties

Voor wat betreft de patiëntenorganisaties is het antwoord op die laatste vraag moeilijk te geven: wij weten niet waarom mensen zich bij een dergelijke organisatie aansluiten en of zij zich al dan niet in belangrijke opzichten onderscheiden van hen die dat niet doen. Duidelijk is alleen dat niet rond alle ziekten patiëntenorganisaties zijn ontstaan en ook dat het aantal patiënten dat aan een ziekte lijdt niet rechtstreeks van invloed is op de grootte van de organisatie die zich voor hun belangen inzet.

De vraag naar de representativiteit van de woordvoerder is bij patiëntenorganisaties beter te beantwoorden. Anders dan in Köbbens definitie van de zaakwaarnemer blijken de woordvoerders in de meeste gevallen zelf ook te behoren tot de groep namens welke zij spreken; ervaringen die voortkomen uit het lijden aan eenzelfde ziekte of het hebben van eenzelfde handicap zullen zij dan ook delen met die van hun achterban. Bovendien namen soms meerdere woordvoerders aan een gesprek deel, was het gesprek van tevoren met andere voorbereid en geldt voor allen dat zij ook zonder die voorbereiding door - bijvoorbeeld - deelname aan gespreksgroepen of intensieve telefonische contacten op de hoogte zijn van ervaringen van anderen.

Organisaties  
met een bredere  
doelstelling

De representativiteit van de woordvoerders van de organisaties met een bredere doelstelling is wat twijfelachtiger: groepen namens welke wordt opgetreden zijn immers veel groter en moeilijker te omgrenzen, waardoor ook de ervaringen van de verschillende leden meer uiteen zullen lopen. Ook gaat het hier niet uitsluitend om organisaties van categorieën van patiënten zelf: de Kindertelefoon maakt zelf deel uit van de - breed opgevatte - eerstelijnszorg (vgl. WVC, 1983) en onder de vijf organisaties van en voor migranten bevinden zich drie welzijnsinstellingen die, als hulpverlenende organisaties, niet namens 'de' migranten kunnen spreken, ook al zijn veel hulpverleners - en waren ook de meeste gesprekspartners - zelf van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse afkomst.

Organisaties  
van hulpverleners

Woordvoerders van organisaties van hulpverleners en beleidsmakers, tenslotte, zijn evenmin in staat in alle opzichten namens alle aangesloten leden of namens alle medewerkers te spreken. Zeker waar het gaat om opvattingen of over het werken in de praktijk zal net als bij de patiënten alleen in globale termen en vaak vanuit eigen ervaringen gesproken kunnen worden. Bij het weergeven van een standpunt waarover binnen de organisatie formeel overeenstemming is bereikt, is de woordvoerder natuurlijk wél representatief voor de leden of medewerkers, echter ook dan, waar het gaat om de vrije beroepsbeoefenaren, niet zonder meer voor niet-aangesloten hulpverleners. De organisatiegraad in de gezondheidszorg is echter groot: van de Rotterdamse huisartsen is 80-90% lid van de PHV.

#### 4. ROTTERDAM - ENKELE DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

In dit hoofdstuk geven wij enkele cijfers over de samenstelling van de Rotterdamse bevolking, voorzover die voor ons onderwerp van belang zijn.

##### Aantal inwoners

Op 1 januari 1983 telde de gemeente Rotterdam 558.837 inwoners; op 1 januari 1984 555.353 inwoners, waarvan 8.046 in Hoek van Holland (Bron: GBOS, 1984).

##### Leeftijd

De Rotterdamse bevolking is relatief oud. Tabel 4.1. geeft de leeftijdsopbouw, in procenten, van de bevolking van Rotterdam en van Nederland op 1 januari 1984.

Tabel 4.1. Leeftijdsopbouw van de bevolking van Rotterdam en van Nederland, in procenten, op 1 januari 1984.

Leeftijdsgroep	Rotterdam	Nederland
0- 4 jaar	5.1	6.2
5- 9 jaar	4.7	6.5
10-14 jaar	5.9	8.3
15-19 jaar	7.4	8.7
20-34 jaar	24.8	24.9
35-64 jaar	34.7	33.6
65 en ouder	17.5	11.8

Bron voor Rotterdam: GBOS, 1984

Bron voor Nederland: CBS, 1984

##### Migranten

In Rotterdam wonen relatief veel migranten. Op 1 januari 1984 had 10.4 % van de Rotterdamers een niet-Nederlandse nationaliteit. Turken en Marokkanen vormen, zo blijkt uit tabel 4.2., de grootste groepen van niet-Nederlanders.

Tabel 4.2. Bevolking van Rotterdam naar nationaliteit, op 1 januari 1984.

Nationaliteit	Aantal	
	absoluut	percentage
Nederlanders	497.422	89.6
<i>w.o. geb. in Suriname</i>	<i>19.886</i>	<i>3.6</i>
<i>geb. in Ned.Ant.</i>	<i>2.949</i>	<i>0.5</i>
Niet-Nederlanders	57.931	10.4
<i>w.o. Turken</i>	<i>21.597</i>	<i>3.9</i>
<i>Marokkanen</i>	<i>10.563</i>	<i>1.9</i>
<i>Joegoslaven</i>	<i>3.870</i>	<i>0.7</i>
<i>Spanjaarden</i>	<i>3.226</i>	<i>0.6</i>
<i>Surinamers</i>	<i>1.637</i>	<i>0.3</i>
<i>Overigen</i>	<i>17.038</i>	<i>3.0</i>
Totaal	555.353	100.0

Bron: GBOS, 1984.

Landelijk heeft van alle in Nederland wonenden 3.8 % de Nederlandse nationaliteit (CBS, 1984).

Uitkerings-  
gerechtigden

Eind 1983 hadden ruim 26.000 Rotterdammers een uitkering op grond van de AAW en/of de WAO; dat komt neer op 7 % van de inwoners tussen de 15 en 64 jaar. De percentages voor de verschillende leeftijdscategorieën en voor de beide sexen staan in tabel 4.3.

Tabel 4.3.: Percentages uitkeringsgerechtigden (AAW en/of WAO) t.o.v. aantallen inwoners, naar leeftijd en geslacht (1983).

Bevolkingsgroep	Percentage uitkeringsgerechtigden		
	Rotterdam	Zuid-Holland	Nederland
<u>Leeftijd</u>			
15-19 jaar	0.3	0.3	0.4
20-24 jaar	1.2	1.2	1.6
25-29 jaar	2.6	2.1	2.7
30-34 jaar	3.8	2.8	3.6
35-39 jaar	5.2	3.6	4.7
40-44 jaar	7.0	5.0	6.8
45-49 jaar	9.0	7.2	9.7
50-54 jaar	12.2	10.0	13.3
55-59 jaar	15.7	13.7	17.8
60-64 jaar	21.3	19.0	23.4
<u>Sexe</u>			
Mannen (15-64)	10.2	7.7	9.9
Vrouwen (15-64)	3.7	3.0	3.7
<u>Totaal</u>			
(15-64)	7.0	5.3	6.8
	(26.003)	(111.992)	(660.167)

Bron: GMD, 1984.

Van alle Rotterdamse uitkeringsgerechtigden is 83.2 % voor 80-100 % arbeidsongeschikt; voor Zuid-Holland en heel Nederland is dit percentage 82.4, resp. 84.1.



Chronisch zieken  
in Rotterdam:  
GGD-onderzoek

In een onlangs door de GGD uitgegeven rapport over de wenselijkheid en mogelijkheden van een lokale gezondheidsenquête zijn enkele cijfers te vinden over het vóórkomen van chronische ziekten en handicaps in Rotterdam. Van de ruim 200 ondervraagde personen (tussen de 16 en 69 jaar) zegt 63 % last te hebben van één of meer ziekten of handicaps, door een arts vastgesteld;<sup>11</sup> ouderen hebben duidelijk vaker chronische ziekten of handicaps dan jongeren.

Tabel 4.4.: Vóórkomen van chronische ziekten of handicaps in Rotterdam, naar leeftijd (percentages).

Chronische ziekten of handicaps	Leeftijd in jaren			Totaal 16-69
	16-29	30-49	50-69	
Geen	63	35	15	37
Een of meer	37	65	85	63
Totaal	(n=64)	(n=69)	(n=68)	(n=201)

Bron: Garretsen en Wierdsma, 1984.

Bij het beoordelen van deze cijfers moet in aanmerking worden genomen dat:

- het hier een kleine steekproef betreft;
- personen van 70 jaar en ouder niet in het onderzoek werden betrokken;
- niet de feitelijke gezondheidstoestand werd gemeten, maar de mening van de respondenten;
- een breed scala aan ziekten of handicaps werd voorgesteld, variërend van aambeien tot migraine (zie ook noot 11).

Gezondheidsenquête

Dat bij het trekken van conclusies voorzichtigheid is geboden, blijkt ook uit de sterk afwijkende cijfers uit de Gezondheidsenquête van het CBS (1981). Volgens die cijfers lijdt 26 % van de 209 ondervraagde Rotterdammers, ouder dan 16 jaar, aan één of meer chronische aandoeningen (dezelfde als in de GGD-enquête, inclusief slechthorend- en slechtziendheid). Van de (175) Rotterdammers tussen 16 en 69 jaar is dat percentage 23; voor de ouderen 41 %. In de volgende tabel worden de cijfers vergeleken met die van de rest van Nederland.

De steekproef is dermate klein dat geen al te duidelijke conclusies verbonden kunnen worden aan het opmerkelijke verschil met de cijfers uit het GGD-onderzoek én met de landelijke cijfers.

Tabel 4.5.: Percentage personen met tenminste één chronische ziekte of handicap in Rotterdam en de rest van Nederland

	Leeftijd in jaren					Totaal
	16-29	30-49	50-69	16-69	70e.o.	
Rotterdam	7 (n=55)	27 (n=51)	33 (n=69)	23 (n=175)	41 (n=34)	26 (n=209)
Rest van Nederland	17	24	46	28	58	30 (n=7396)

Bron: Gezondheidsenquête CBS, 1981.

Chronisch zieken  
in de huisarts-  
praktijk

Over het voorkomen van chronisch zieken in de huisartspraktijk zijn geen Rotterdamse cijfers bekend. Voorn (1983) echter schat dat in een 'standaardpraktijk' van 2800 patiënten ongeveer 767 personen (27.4 %) de huisarts jaarlijks met één of meer bekende, dus al eerder vastgestelde, aandoeningen confronteren. In de oudste leeftijdsgroep (75+) is bijna driekwart van de patiënten bij de huisarts voor één of meerdere aandoeningen 'bekend': Niet alle chronische aandoeningen komen even vaak voor.

Tabel 4.6.: Frequentie ('bekende gevallen' en 'nieuwe gevallen') per jaar van de tien meest voorkomende en een aantal andere chronische aandoeningen in een standaardpraktijk van 2800 patiënten.

	Bekende gevallen	Nieuwe gevallen
Adipositas (vetzucht)	243	59
Hypertensie (hoge bloeddruk)	151	30
Nerveus-functionele klachten	139	428
Varices (spataderen)	109	22
Arthrose (gewrichtsdegeneratie)	88	27
<i>Slechtthorendheid</i>	57	14
Chronische bronchitis	49	10
<i>Diabetes Mellitus</i>	39	6
Angina pectoris	37	8
Eczeem	31	44
<i>Psoriasis</i>	20	4
<i>Astma</i>	18	6
<i>Migraine</i>	16	5
<i>Rheumatische arthritis</i>	10	2
<i>Parkinson (isme)</i>	8	2
<i>Multiple sclerose</i>	-	.1

Bron: Voorn, 1983.

Tabel 4.6. geeft voor de standaardpraktijk de frequentie per jaar van de tien meest voorkomende chronische ziekten en - cursief gedrukt - van een aantal van de ziekten die door de bij ons onderzoek betrokken organisaties worden 'gedekt'. Onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten die al wél en die nog niet voor de betreffende aandoening bij de huisarts bekend waren.

Met uitzondering van slechthorendheid en diabetes mellitus komen de bij ons onderzoek betrokken chronische ziekten ook relatief vrij weinig in de gemiddelde Nederlandse huisartspraktijk voor.

## 5. EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Zeven disciplines Tot de beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg die in dit hoofdstuk worden besproken behoren - naast de huisarts - de wijkverpleging, de fysiotherapie, de farmacie, de tandheelkunde, de verloskunde en de logopedie. Maatschappelijk werk en gezinsverzorging komen, behorend tot de maatschappelijke dienstverlening in de eerste lijn, in hoofdstuk 6 aan de orde; in dit rapport wordt derhalve - terwille van de overzichtelijkheid - de indeling uit de Nota Eerstelijnszorg overgenomen (vergeleijk paragraaf 2.1.1.). De onderlinge relaties tussen de verschillende disciplines in de eerstelijns komen afzonderlijk ter sprake in hoofdstuk 7.

Opbouw van dit hoofdstuk In de beschrijving van de knelpunten in het functioneren van de hulpverlening worden opmerkingen van patiëntenzijde telkens geplaatst naast het commentaar van de betrokken hulpverlenende organisatie en, in een enkel geval, dat van de financier: het ziekenfonds. Commentaar van hulpverlenende organisaties op elkaars werk en ook dat van 'de politiek' op het functioneren van de eerstelijns is ondergebracht in hoofdstuk 7.

### 5.1. De huisarts

Centrale plaats Van oudsher speelt de huisarts een centrale rol in de Nederlandse gezondheidszorg. Patiënten komen in eerste instantie bij hem terecht, waarna hij hen ofwel zelf behandelt, ofwel doorverwijst naar andere hulpverleners in eerste- of tweedelijns. De laatste jaren staat onder hulpverleners en beleidsmakers die centrale rol ter discussie: van verschillende kanten wordt gepleit voor een grotere gelijkwaardigheid van de verschillende disciplines in de eerstelijns en in verschillende samenwerkingsverbanden wordt geprobeerd daaraan ook vorm te geven. Aan de doorsnee patiënt lijkt die ontwikkeling echter voorbij te zijn gegaan: een gezondheidscentrum is voor velen toch nog het 'dokterscentrum', de huisarts is heel vaak nog de vertrouwensman van vroeger en ook in ons onderzoek is het aantal opmerkingen over de huisarts - positief én negatief - veel groter dan over andere disciplines in de eerstelijns.

#### 5.1.1. Feitelijke gegevens

Aantal Volgens gegevens van de huisartsenregistratie van het NIVEL werken in Rotterdam (01-01-1984) 243 huisartsen (218 mannen en 25 vrouwen), hetgeen bij een inwonersaantal van 555.353 neerkomt op een gemiddeld aantal inwoners per huisarts van 2285; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één huisarts op elke 2200 tot 2400 inwoners.

Organisatie

De Rotterdamse huisartsen voeren hun praktijk als volgt uit:

solo	149	61 %	(landelijk 56 %)
solo met assistent	14	6 %	(landelijk 4 %)
associatie	38	16 %	(landelijk 28 %)
groepspraktijk	7	3 %	(landelijk 5 %)
gezondheidscentrum	35	14 %	(landelijk 7 %)

Het overgrote deel van de huisartsen bestaat uit vrijgevestigde beroepsbeoefenaren; landelijk is niet meer dan 5 % in loondienst.

Vestiging van huisartsen is in principe vrij. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voert een eigen vestigingsbeleid, dat bindend is voor de leden, echter (nog) geen wettelijke basis heeft. Zoals elders wordt dit vestigingsbeleid in Rotterdam uitgevoerd door een vestigingscommissie van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV).

Vrijwel alle huisartsen zijn bij de PHV aangesloten; regionaal functioneert de Regionale Huisartsenvereniging Rijnmond, die de regio vertegenwoordigt in de LHV. Op het laagste niveau zijn huisartsen georganiseerd in 23 waarneemgroepen, in grootte variërend van zes tot zesendertig deelnemende artsen; voorzitters van deze groepen voeren maandelijks informeel overleg.

#### 5.1.2. Inhoudelijke aspecten

Naast een aantal algemene opmerkingen kunnen problemen worden gesignaleerd in de hulpverlening aan chronisch zieke en gehandicapte patiënten, aan migranten en aan bejaarden.

Chronisch  
zieken

Bij de elf door ons ondervraagde categoriale patiëntenorganisaties - de gehandicapten- en ouderorganisaties komen hierna aan de orde - leven grote verwachtingen ten aanzien van de huisarts, die zowel betrekking hebben op de behandeling van de ziekte als op de begeleiding van de zieke patiënt.

Behandeling  
door de  
specialist

Waar het gaat om de behandeling van de ziekte, blijkt de taak die men voor de huisarts ziet weggelegd voor zeven van deze elf organisaties klein te zijn. Parkinson-, rheuma-, ms-, diabetes-, en psoriasispatiënten zien de huisarts als een, liefst snelle, verwijzer naar specialistische hulp. Verwacht wordt dat hij, bij een eerste confrontatie, de juiste diagnose stelt, inziet dat behandeling hoe dan ook mogelijk is, en een verwijskaart uitschrijft naar de meest geëigende specialist. Een stoma kan, volgens de woordvoerder van de Harry Baconclub, in veel gevallen worden voorkomen door een eerder onderkennen van een kwaadaardige ziekte; afasie, meestal het gevolg van een plotselinge beroerte,

is dikwijls direct al een zaak voor de specialist. Het is niet verwonderlijk dat klachten over de huisarts van de zeven organisaties van deze patiënten veelal betrekking hebben op het te laat onderkennen van de ziekte en het daardoor te laat verwijzen. Volgens de vertegenwoordiger van de Parkinsonpatiëntenvereniging overschat menig huisarts zijn eigen kennis:

*"Sommige huisartsen willen zelf dokteren en dat kunnen ze niet (...). Het komt voor dat een patiënt tien jaar aan het lijntje wordt gehouden."*

Behandeling door  
de huisarts

Hoewel het aantal klachten over een late verwijzing minder is dan vroeger, is het vóórkomen ervan voor de Harry Baconclub toch reden om te pleiten voor een periodiek onderzoek voor ieder die dat wenst, "zoals je ook je auto regelmatig laat nakijken".

Anders dan de genoemde zeven zien de organisaties van astma-, migraine- en hyperventilatiepatiënten de huisarts juist wél als de meest aangewezen hulpverlener. Specialistische hulp wordt niet snel ingeroepen en - in het geval van astmapatiënten - opname moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

De verwachtingen van deze organisaties ten opzichte van de huisarts zijn dan ook hooggespannen. In de eerste plaats moet hij de patiënt het gevoel geven dat hij zijn ziekte accepteert. 'Eerstelijnsklachten' zijn - niet toevallig? - juist klachten waarmee de patiënt zich naar zijn zeggen dikwijls niet begrepen en miskend voelt: er wordt 'denigrerend' over hyperventilatie gepraat en migraine wordt 'afgedaan als zenuwen'.

Van de huisarts wordt niet alleen gevraagd dat hij mensen met deze aandoeningen als patiënt erkent, hij moet daarnaast in staat zijn zich in te leven in wat de ziekte voor de patiënt betekent:

*"De huisartsen weten niet goed wat het is om astmatisch te zijn, kunnen het ook niet weten. Daarvoor zouden ze, zelf eens zo'n aanval moeten hebben, maar dat mag je ze niet toewensen."*

Tenslotte moet de arts, als eerstverantwoordelijke behandelaar, in staat zijn - alweer - om de juiste diagnose te stellen en daarna zo snel mogelijk met een passende therapie beginnen. Volgens de vertegenwoordiger van de Migrainepatiëntenvereniging duurt het soms te lang voor de huisarts ingrijpt en de 'juiste vaatvernauwende middelen geeft'.

Begeleiding door  
de huisarts

Naast een rol in de behandeling van ziekten speelt de huisarts ook een rol in de begeleiding van zieken. Voor de meeste gesprekspartners is de huisarts nog steeds de vertrouwensfiguur van vroeger, die kan optreden als raadgever - hij kent immers de achtergronden van zijn patiënten - en zonodig als bemiddelaar met de in alle opzichten verderweg gelegen specialistische wereld.

Begeleiding kan verschillende vormen aannemen.

Op het vlak van de medische begeleiding wordt van de huisarts verwacht dat hij

- informatie geeft over de voor- en nadelen van een operatie die door de specialist wordt voorgesteld. Volgens de woordvoerder van de Vereniging van reumapatiënten is de huisarts - door gebrek aan kennis en door een slechte communicatie met de behandelend specialist - in veel gevallen daartoe echter nauwelijks in staat.
- informatie geeft over de bijwerking van medicijnen die de specialist voorschrijft;
- waar mogelijk de controle van patiënten van de specialist overneemt.

Een voorbeeld is de door de Diabetesvereniging Nederland voorgestelde grotere betrokkenheid van de huisarts bij het begeleiden van diabetespatiënten die door de specialist op de gewenste dosis insuline zijn 'ingesteld'.

- zo nodig informatie geeft over alternatieve geneeswijzen.

Op het vlak van de psychosociale begeleiding wordt van de huisarts verwacht dat hij

- zich openstelt voor de problemen die patiënten hebben bij het verwerken van hun ziekte;
- zich, al dan niet in nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundige, op de hoogte stelt van de problemen die de ziekte in het dagelijks leven geeft. Met name de Vereniging van reumapatiënten blijkt in dit opzicht sterk in de huisarts teleurgesteld te zijn:

*"Je mag verwachten dat een huisarts een goed contact heeft met de reumapatiënten, omdat de rheumatoloog weinig belangstelling heeft voor de problemen van alledag. Een huisarts zou eens langs moeten gaan, vragen hoe het gaat. Al komt hij maar één keer in de maand even een kwartiertje praten. We horen veel negatieve berichten: ze doen het niet."*

- informatie geeft over en wegwijs maakt in het 'doolhof aan voorzieningen' dat betrokken is bij de nazorg aan patiënten.

## Gehandicapten

Juist begeleiding wordt - veel meer dan behandeling - ook door organisaties van (ouders van) gehandicapten van de huisarts gevraagd. Zo blijkt dat

- organisaties van visueel en auditief gehandicapten een snelle verwijzing verwachten (ook zij!), maar ook begeleiding bij het zoeken naar mogelijkheden om zo goed mogelijk met de handicap te kunnen leven;
- organisaties van ouders van een gehandicapt kind van hun huisarts begeleiding verwachten en voorlichting over de handicap en hoe daarmee om te gaan;
- het AAW/WAO-platform een grotere betrokkenheid verwacht bij eventuele conflicten tussen uitkeringsgerechtigde en de controlerende sector.

- Kleine groepen  
verwachten veel
- In de hulpverlening aan chronisch zieke en gehandicapte patiënten bevindt de huisarts zich in een ongemakkelijke positie. Het gaat immers om problemen van heel verschillende en - zoals we in het vorige hoofdstuk zagen - kleine groepen van patiënten; voor deze mensen zelf speelt de ziekte of handicap dikwijls een overheersende rol in hun leven en zij verwachten van de huisarts een evenredige belangstelling en minstens zoveel kennis als zij zelf in de loop der tijd hebben opgedaan.
- Oplossingen:  
ideeën van patiënten
- Door verschillende patiëntenorganisaties wordt dat dilemma ook gezien; het komt tot uiting in - haast vergoelijkend uitgesproken - opmerkingen dat de dokter 'al zoveel moet weten' en 'er ook maar zo weinig patiënten zijn met onze ziekte'. Enkele organisaties noemen een mogelijke oplossing. Naast de al eerder ter sprake gekomen mogelijkheid van een periodiek bevolkingsonderzoek (waardoor de preventieve taak van de huisarts verlicht zou worden) en een oplossing in de vorm van een verdere verkleining van de praktijken wordt gepleit voor:
- een zekere specialisatie onder huisartsen, waardoor zij op een beperkt terrein deskundiger zouden worden (DVN) en vooral
  - méér contact tussen huisartsen en de organisaties van patiënten zelf, waardoor kennisoverdracht mogelijk wordt.
- Reactie  
van huisartsen
- Voor huisartsen behoort de begeleiding van chronisch zieke patiënten duidelijk tot hun taak. In het door de Landelijke Huisartsen Vereniging aangenomen rapport 'Basistaken van de huisarts' wordt hulpverlening aan deze groep patiënten dan ook met zoveel woorden genoemd. Dat de begeleiding van chronische patiënten dikwijls tekort schiet, wordt door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging erkend. Wel wordt opgemerkt dat de huisarts onmogelijk aan alle verwachtingen kan voldoen: het opheffen van eenzaamheid hoort niet tot zijn taak en in de begeleiding van uitkeringsgerechtigden wordt met opzet een zekere distantie in acht genomen.
- Oplossingen:  
ideeën van de PHV
- Daarmee is niet gezegd dat huisartsen het eens zouden zijn met alle door patiëntenorganisaties gesuggereerde voorstellen om de hulpverlening te verbeteren. Specialisatie rond een bepaalde ziekte wordt onwenselijk geacht, omdat daarmee geweld zou worden aangedaan aan het generalistische karakter van de eerstelijns-hulpverlening. En hoewel in principe de bereidheid bestaat om contacten met patiëntenorganisaties te onderhouden wordt dat, mede door het grote aantal organisaties, in de praktijk moeilijk realiseerbaar geacht (vgl. hoofdstuk 9).



Voor de PHV is een drietal mogelijkheden denkbaar om tegemoet te komen aan de wensen van patiënten:

- een verkleining van de praktijken tot 2000 ingeschreven patiënten;
- het adequaat inschakelen van andere hulpverleners, bijvoorbeeld ten behoeve van patiënten met louter psychosociale problematiek;
- een efficiënter gebruik, door de arts, van tijd en mogelijkheden.

#### Praktijkverkleining

Praktijkverkleining wordt zowel door enkele patiëntenorganisaties als - met veel nadruk - door de PHV een belangrijk middel genoemd om de hulpverlening te verbeteren.

Dat de wens van chronische patiënten en gehandicapten naar méér begeleiding bij de huidige praktijkgrootte inderdaad niet realiseerbaar is, is duidelijk.

Als een huisarts, met een werkdag van 10 uur en een praktijk van 2600 patiënten, maandelijks aan de helft van zijn chronische patiënten één kwartier begeleiding zou geven, dan zou - zo valt te berekenen - voor zijn andere patiënten jaarlijks gemiddeld niet meer dan tien minuten per persoon overblijven.

Bij een praktijkgrootte van 2000 zou de arts, bij dezelfde vooronderstellingen, jaarlijks ruim 20 minuten aan iedere andere patiënt kunnen besteden (zie bijlage 7).

In een - door huisartsen gewenste - werkweek van acht uur zou daarvan echter slechts 11 minuten overblijven. Het lijkt er dan ook op dat realisering van het verlangen van chronische patiënten naar méér begeleiding ook bij een aanzienlijke verkleining van de praktijken nauwelijks mogelijk zal zijn.

#### Migranten

Voor het merendeel hebben migranten geen andere problemen dan andere Rotterdammers in vergelijkbare leefomstandigheden; zij gaan er wel anders mee om. In de hulpverlening aan hen doet zich een aantal moeilijkheden voor.<sup>12</sup>

#### Taal

Vanzelfsprekend vormt de taal dikwijls een belemmerende factor. Hoewel de arts, als dat nodig is, tijdens een consult telefonisch gebruik kan maken van de diensten van de Stichting Tolkencentrum Zuid-Holland, die in Rotterdam gevestigd is, wordt van die mogelijkheid, volgens twee organisaties aan patiëntenzijde, weinig gebruik gemaakt. Cijfers van het centrum lijken die opmerking te bevestigen.<sup>13</sup> Dat die cijfers lager liggen dan verwacht had mogen worden, komt wellicht doordat artsen andere oplossingen vinden en hulpverlening bijvoorbeeld veelal laten verlopen via familieleden (vaak kinderen) die met de patiënt meekomen en wél voldoende Nederlands spreken. Volgens de PHV, die stelt dat bij artsen het tolkencentrum voldoende bekend is, kan telefonisch contact met een tolk voor huisartsen bezwaarlijk zijn, omdat

daarmee het gesprek uit handen wordt gegeven. Overigens kunnen met patiënten die zich goed in het Nederlands kunnen uitdrukken, zoals Antillianen en veel Surinamers, door een verschillend taalgebruik eveneens gemakkelijk misverstanden ontstaan; schaamte kan patiënten ervan weerhouden om toe te geven dat zij iets niet hebben begrepen.

#### Presentatie van klachten

Naast taal kan, volgens onze gesprekspartners, ook een andere manier om klachten te presenteren misverstanden oproepen. Migranten hebben vanuit een andere culturele achtergrond vaak moeite met de zakelijke benadering van de Nederlandse hulpverlener; men vertelt het eigen verhaal liever op een indirecte manier, met - in Nederlandse ogen - een omhaal aan woorden. Afgezien van ergernis bij de hulpverlener kan dat leiden tot het afdoen van klachten als 'gezeur' en de omschrijving van een buitenlandse patiënt als iemand die 'aggraveert en simuleert'.

Omgekeerd wordt van de arts een minder indirecte benadering verwacht. Een goede arts kijkt door het verhaal van de patiënt heen, ziet snel waar de klacht zit en handelt er ook naar. Hoewel 'de' methode voor hulpverlening niet lijkt te bestaan - "Het is vooral de bereidheid om extra tijd, aandacht en energie in de behandeling te steken en buitenlanders serieus als medemensen te nemen" (SBWR) - lijkt in concreetheid een sleutel tot beter contact te liggen. Ook waar de arts achterliggende problemen aan de orde wil stellen, kan hij daarin heel beeldend zijn: met de opmerking dat een patiënte 'veel binnenlucht in haar hoofd heeft' en dat daar 'buitenlucht moet bijkomen' maakt hij met weinig woorden duidelijk waar volgens hem de schoen wringt.

#### Psychische problemen

Door verschillende gesprekspartners wordt een gebrek aan kennis gesignaleerd waar het gaat om de psychische problemen van migranten; in Rotterdam bestaan onvoldoende opvangmogelijkheden, waardoor - als specialistische hulp nodig is - een beroep gedaan moet worden op hulpverleners in Den Haag, Amsterdam of Utrecht. Anderzijds wordt ook opgemerkt dat klachten die voortkomen uit een slechte werk- en leefsituatie erg snel 'psychisch' worden genoemd.

Algemeen meent de PHV met betrekking tot de hulpverlening aan migranten dat deze beter zal worden naar mate patiënten meer in de Nederlandse samenleving geïntegreerd zullen zijn.

#### Bejaarden

Het COSBO, het samenwerkingsverband van de ouderenbonden, heeft uiteenlopende ervaringen, zowel wat betreft het functioneren van de huisartsenzorg, als wat betreft de verwachtingen die oudere patiënten daarvan hebben. Sterk generaliserend wordt opgemerkt dat:

- oudere patiënten hun huisarts (nog steeds) als een autoriteit zien, liefst in witte jas, en weinig bereid zijn eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen.

- oudere patiënten graag medicijnen voorgeschreven willen krijgen;
- zij de indruk hebben dat huisartsen in het algemeen teveel patiënten hebben en daardoor te weinig tijd om hun de aandacht te geven die nodig is.

Ook wordt opgemerkt dat het voor ouderen een grote stap is om met de huisarts over de problemen van alledag te praten; liever praat men daarover met de wijkverpleegkundige of met vrijwilligers.

Volgens de PHV stelt de groep van bejaarden bijzondere eisen aan de hulpverlening: zij zijn in het algemeen vaker ziek, vragen vaker om een vaste en hebben een hoger medicijngebruik.

Resultaten van onderzoek bevestigen dat ouderen grote invloed hebben op de workload van de huisarts. Lamberts (1984) vond een hoge samenhang tussen leeftijd, chronische ziekten, consultbezoek en huisbezoek. Om de hulpverlening aan ouderen te verbeteren wordt wel gedacht aan een honorariumdifferentiatie, waardoor huisartsen voor oudere in de praktijk ingeschreven patiënten een hoger bedrag van het ziekenfonds zouden krijgen;<sup>14</sup> een verkleinde praktijk zou daardoor financieel mogelijk zijn.

Algemene  
opmerkingen: tijd

Gebrek aan tijd is één van de drie algemene klachten die in meerdere gesprekken aan de orde komen: twintig (van de 41) organisaties aan patiëntenzijde klagen daarover.

Medicijnen

Daarnaast wordt over het voorschrijven van medicijnen opgemerkt dat dit te snel (9 maal genoemd) of in te grote hoeveelheden (3 maal genoemd) gebeurt.

Voorlichting

Gebrek aan voorlichting over een ziekte of handicap (9 maal) of over medicijnen (4 maal) wordt een belangrijk knelpunt genoemd.

Deze opmerkingen, hoe algemeen ook, stroken met de resultaten van eerder onderzoek.<sup>15</sup>

### 5.1.3. Organisatorische aspecten

Bereikbaarheid:  
mening van  
patiënten

Negen organisaties met welke in de eerste ronde werd gesproken hebben problemen ondervonden met de bereikbaarheid van de huisarts buiten 'kantooruren'. Is het telefonisch bereiken van een arts altijd mogelijk, de behandeling die vervolgens wordt ingesteld zou soms te wensen overlaten. Meest voorkomend is de klacht dat een huisarts 's avonds of in het weekend weigert te komen. Een enkele maal zou dat ernstige consequenties hebben gehad, zoals een door niemand gewenste en te vermijden opname.

Over de vervangende arts wordt - afgezien van het feit dat het 'vervelend' wordt gevonden als de eigen arts geen dienst heeft - als bijkomend probleem genoemd dat hij in veel gevallen niet beschikt over de noodzakelijke gegevens; twee organisaties pleiten voor een centraal archief voor een groep artsen of althans voor de mogelijkheid snel elkaars archief te kunnen inzien.

Bereikbaarheid:  
mening van  
huisartsen

Volgens de PHV bestaat voor de bereikbaarheid van de huisartsen 's avonds en tijdens de weekenden een sluitend systeem.

Daarbij is van belang dat de communicatie tussen patiënt en huisarts zodanig is, dat de patiënt zich geholpen voelt. In principe dient de aanvraag voor een visite altijd gehonoreerd te worden. Waar een goede communicatie tot stand komt, kan volgens de huisartsen een telefonisch advies echter adequaat en voldoende zijn.

Huisartsen in gezondheidscentra hebben onderling afspraken gemaakt over het inzien van elkaars archieven bij waarneming. Onder solistisch werkenden bestaan incidenteel afspraken; naast praktische bezwaren is ook het recht van de patiënt op privacy een argument om niet tot het wederzijds inzien over te gaan. Vanuit de Stichting Ziekenfonds Rotterdam (SZR) bestaat op dit punt geen beleid; het ziekenfonds pleit er echter voor patiënten in staat te stellen de voor- en nadelen van inzage tegen elkaar af te wegen en zelf daarover te besluiten. In acute situaties kan dat natuurlijk niet; van de arts mag echter worden verwacht dat hij ook dan voorzichtig met de gegevens van de patiënt omspringt.

Vestigingsbeleid

Over aantallen huisartsen en hun spreiding over de stad worden van patiëntenzijde geen opmerkingen gemaakt. Voor de huisartsen zelf is het ontbreken van een wettelijke basis voor het eigen vestigingsbeleid een belangrijk knelpunt. Zolang die basis niet bestaat, noch in de vorm van een algemene maatregel van bestuur, noch door ook voor huisartsen toepassing van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet mogelijk te maken<sup>16</sup>, kunnen zogenoemde wilde vestigingen niet worden tegengegaan. Alleen de gemeente kan het in theorie een huisarts onmogelijk maken zich te vestigen door toestemming te weigeren om woonruimte te onttrekken, maar van die bevoegdheid mag voor dit doel in principe geen gebruik worden gemaakt en er moeten gegronde redenen voor een afwijzing worden aangevoerd. In de praktijk is het probleem voor de Rotterdamse huisartsen echter niet urgent, doordat het aantal aanvragen voor vestiging in de stad zeer gering is.

#### 5.1.4. Samenvatting

Uit de gesprekken met patiëntenorganisaties komt de huisarts naar voren als de centrale figuur in de eerstelijnsgezondheidszorg. In het inhoudelijk functioneren van de huisartsenzorg wordt door patiënten een drietal algemene problemen genoemd:

- gebrek aan tijd (20 maal genoemd);
- te snel of in te grote hoeveelheden voorschrijven van medicijnen (9, resp. 3 maal genoemd);
- gebrek aan voorlichting over ziekte of handicap of over medicijnen (9, resp. 4 maal genoemd).

Daarnaast klagen chronisch zieke en gehandicapte patiënten over een gebrek aan begeleiding, zowel op medisch als op psychosociaal gebied.

Migranten kampen met problemen rond de taal en rond een andere manier van presenteren van klachten; vooral psychosociale hulpverlening aan deze patiënten schiet tekort.

Door de PHV wordt erkend dat de begeleiding van chronisch zieken dikwijls te wensen overlaat; praktijkverkleining zou daarin verbetering kunnen brengen. Huisartsen noemen daarnaast bejaarden als een groep die bijzondere eisen aan de hulpverlening stelt.

Negen organisaties aan patiëntenzijde ondervinden problemen in de bereikbaarheid van de huisarts buiten de 'kantooruren'. Ook wordt het feit dat huisartsen bij vervanging niet van elkaars archieven gebruik kunnen maken, een probleem genoemd.

De PHV meent dat de bereikbaarheid van de zorg in een sluitend systeem is geregeld. In de organisatie vormt het ontbreken van een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid voor de huisartsen een belangrijk knelpunt.

## 5.2. Wijkverpleging

Taak

De wijkverpleging is de omvangrijkste taak van het kruiswerk dat daarnaast ook werk verricht op het gebied van de moederschapszorg en kinderhygiëne (consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters), bejaarden- en gehandicaptenzorg, uitlenen van verpleegartikelen en andere artikelen, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, voedingsvoorlichting en bejaardengymnastiek. Een functie-omschrijving van de wijkverpleegkundige bestaat (nog) niet. Doorgaans wordt in het takenpakket een onderscheid gemaakt tussen curatieve taken (verplegen, activeren, adviseren en begeleiden van chronische of uit het ziekenhuis ontslagen patiënten) en preventieve taken (gezondheidsvoorlichting en opvoeding, signaleren van ziektesymptomen en gezondheid bedreigende factoren).

### 5.2.1. Feitelijke gegevens

Aantal

Volgens gegevens van de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (SSRK) werken in de stad Rotterdam (1-1-1984) 210 wijkverpleegkundigen (exclusief staf en administratie) op 197 arbeidsplaatsen. Bij een inwonertal van Rotterdam (excl. Hoek van Holland) van 547.307 komt dat neer op een gemiddeld aantal inwoners per (full-time werkende) wijkverpleegkundige van 2778; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één wijkverpleegkundige op elke 2500 inwoners.

Organisatie Wijkverpleegkundigen in de stad Rotterdam zijn allen in dienst van de SSRK, die in 1974 uit een fusie van bestaande kruisverenigingen is ontstaan; in Hoek van Holland functioneert de Vereniging Het Groene Kruis. Het werk wordt verricht vanuit 15, in de toekomst 16, basiseenheden, die, naar gelang de grootte, onderverdeeld kunnen zijn in teams.

### 5.2.2. Inhoudelijke aspecten

Patiënten  
positief

De twaalf organisaties aan patiëntenzijde die commentaar leveren op de inhoud van het werk van wijkverpleegkundigen laten zich daarover doorgaans positief uit. Zowel curatieve als preventieve kanten van dat werk worden door de verschillende woordvoerders genoemd: het geven van insuline-injecties, het helpen bij een zalfkuur, de verzorging van bedlegerige patiënten, maar ook het adviseren bij allergieën en het signaleren van problemen rond eenzaamheid of rouw.

Problemen die worden gesignaleerd hebben betrekking op:

- de mate waarin zelfhulp van cliënten wordt gestimuleerd (tweemaal genoemd);
- de kennis van specifieke problemen rond een bepaald ziektebeeld (eenmaal genoemd).

Tendens naar  
zelfzorg en  
mantelzorg

Wijkverpleegkundige hulp wordt gegeven binnen de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt. Daarbij is juist de laatste tijd een tendens zichtbaar naar méér informele zorg: de wijkverpleegkundige geeft alleen dan hulp als zelfzorg en mantelzorg niet direct toereikend zijn. Aangenomen mag worden dat niet iedere patiënt zich in die verschuiving zal kunnen vinden.<sup>17</sup> Uit onze gesprekken met patiëntenorganisaties valt dat echter niet af te leiden. Integendeel, waar het probleem ter sprake komt wordt juist gesuggereerd dat wijkverpleegkundigen wel 'harder' zouden mogen optreden en patiënten minder afhankelijk zouden mogen maken.

Gebrek aan  
specifieke kennis

In een enkel geval wordt van de wijkverpleging, net als van de huisarts, méér kennis van een ziektebeeld verwacht. Een specialisatie rond ziektebeelden - zoals in aansluiting op die opmerking wordt bepleit - wordt door de beroepsorganisatie afgewezen: dan zou immers het 'all-round werken' in gevaar komen en zou een verbrokkeling van het werk dreigen.<sup>18</sup> Waar lacunes in kennis en vaardigheden worden vermoed, kan de wijkverpleegkundige te rade gaan bij collega's, districtsverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen. Binnen de basiseenheden vindt ook onderlinge kennisoverdracht plaats; soms wordt afgesproken dat iedere wijkverpleegkundige ontwikkelingen rond een of meer ziektebeelden bijhoudt en daarop door de anderen is aan te spreken.

- Migranten Eénmaal wordt opgemerkt dat de wijkverpleging moeilijk toegang kan krijgen tot gezinnen van migranten. Cijfers over het aandeel van cliënten uit deze groep in het totale cliëntenbestand van de wijkverpleging bestaan echter niet; wél registreren consultatiebureaus contacten met anderstaligen. Binnen de SSRK is één wijkverpleegkundige werkzaam die, vanuit een basiseenheid, aan andere wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden consultatie geeft op het gebied van hulpverlening aan migranten. Ook organiseert de stichting jaarlijks een bijscholingscursus over dit onderwerp.
- Bejaarden Bejaarden zijn over de hulp van wijkverpleegkundigen in het algemeen 'content'.
- 5.2.3. Organisatorische aspecten
- Wat betreft de organisatie van de wijkverpleegkundige zorg worden van patiëntenzijde problemen gesignaleerd in
- het inroepen van hulp door de wijkverpleegkundige
  - de bereikbaarheid
  - het beschikbaar zijn van hulpmiddelen
  - het functioneren van de districtsverpleegkundige.
- Contactlegging Een eerste contact tussen cliënt en wijkverpleging kan op verschillende manieren tot stand worden gebracht:
- vanuit het ziekenhuis;
  - vanuit verpleegtehuis of revalidatiecentrum;
  - op informatie van huisarts of gezins- en bejaardenverzorging;
  - op basis van een bericht van de burgerlijke stand bij geboorte;
  - op eigen initiatief van de cliënt, familie, burens en kennissen of hulpverleners.
- Door een enkele patiëntenorganisatie wordt het als een probleem ervaren dat de wijkverpleegkundige niet 'vanzelf' op huisvisite komt. Dat geldt zowel voor chronische patiënten (rheumapatiënten) als voor patiënten die na een ziekenhuisopname weer thuis komen (borstkankerpatiënten).
- Onvoldoende signaleren De SSRK heeft de ervaring dat huisartsen behoefte aan zorg soms niet en soms te laat signaleren; vooral waar het gaat om preventie of om begeleiding zou de weg naar de wijkverpleging voor de huisartsen moeilijker te vinden zijn. Ook vanuit het ziekenhuis wordt de behoefte aan zorg soms niet aan de wijkverpleging doorgegeven.
- Bereikbaarheid Negen (van de 41) organisaties aan patiëntenzijde pleiten voor een continue bereikbaarheid van de wijkverpleging, niet alleen voor daadwerkelijke verpleegkundige hulp, maar ook voor het geven van adviezen en al dan niet telefonische begeleiding. In de praktijk is de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige zorg groter dan wel verondersteld wordt:

- overdag is de instelling continu en zijn de wijkverpleegkundigen zelf driemaal per dag bereikbaar;
  - 's avonds is de instelling continu bereikbaar en is, op voordracht van de betrokken wijkverpleegkundige, hulp mogelijk voor patiënten aan wie ook overdag hulp wordt verleend;
  - 's nachts is de instelling telefonisch bereikbaar;
  - tijdens de weekenden is de instelling telefonisch bereikbaar en zijn in elke basiseenheid één of twee wijkverpleegkundigen (en ook wijkziekenverzorgeren) beschikbaar voor directe hulpverlening.
- Met de instellingen voor gezinsverzorging wordt overleg gevoerd over een gezamenlijke 24-uurs-alarmdienst, waarbij bereikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg 's nachts in theorie denkbaar is.

### Hulpmiddelen

Over hulpmiddelen die nodig zijn voor een goed verlopende thuisverpleging wordt door één patiëntenorganisatie opgemerkt dat deze te weinig voorradig zijn of slechts worden uitgeleend als ze tijdig worden aangevraagd. Hoewel over de juistheid van die mening geen uitspraak valt te doen - de SSRK ontkent die - is een verschil tussen vraag en aanbod in theorie wel mogelijk, doordat bij het uitlenen van hulpmiddelen wordt uitgegaan van door de wijkverpleging gestelde criteria.<sup>19</sup>

### Districts- verpleegkundigen

Door de herstructurering hebben de drie (1984) districtsverpleegkundigen een meer verpleegkundige invalshoek gekregen: curatieve zorg en reactivering. Door de Werkgroep Borstkanker wordt het verdwijnen van de districtsverpleegkundige oncologie als een bezwaar gevoeld; men vreest een verarming van de zorg.

#### 5.2.4. Samenvatting

De wijkverpleging heeft voor de meeste patiëntenorganisaties een duidelijke taak, waarop weinig inhoudelijk commentaar wordt gegeven.

Door een enkele organisatie wordt gewezen op een gebrek aan specifieke kennis, waardoor de hulpverlening aan chronisch zieken niet optimaal zou zijn. Ten aanzien van migranten wordt opgemerkt dat de wijkverpleging moeilijk toegang tot de gezinnen kan krijgen.

De SSRK zelf meent dat eventuele lacunes in de kennis van wijkverpleegkundigen door onderlinge kennisoverdracht weggenomen kunnen worden; ten aanzien van de hulpverlening aan migranten wordt interne consultatie verleend.

Het feit dat de wijkverpleegkundige dikwijls niet 'vanzelf' bij patiënten langskomt, wordt door enkele organisaties als een probleem ervaren. Daarnaast worden knelpunten signaleerd in:

- de bereikbaarheid buiten kantooruren;
- het beschikbaar zijn van hulpmiddelen;
- het functioneren van de districtsverpleegkundige.



Ook de SSRK ziet in het soms onvoldoende contact tussen huisarts en ziekenhuis enerzijds en wijkverpleging anderzijds een belangrijk knelpunt: hulp wordt daardoor soms niet of te laat ingeroepen. Andere door patiënten gesignaleerde problemen worden door de instelling niet als zodanig ervaren; vooral de bereikbaarheid van de hulpverlening wordt goed genoemd.

### 5.3. Fysiotherapie

Taak Van het werk van de fysiotherapeut bestaat nog geen vastgelegde taakomschrijving. In het Fysiotherapeutenbesluit, dat in 1965 als algemene maatregel van bestuur bij de Wet op de Paramedische beroepen werd opgesteld, wordt het beroep omschreven als 'het beroepsmatig ingevolge een opdracht van een geneeskundige toepassen van (...) oefen therapie, massagetherapie of fysioteknik'. In een latere versie van dat besluit werd, in 1977, 'verwijzen' van arts naar fysiotherapeut mogelijk gemaakt en werd de eigen verantwoordelijkheid van beide hulpverleners met zoveel woorden erkend.

#### 5.3.1. Feitelijke gegevens

Aantal Volgens gegevens van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) werken in Rotterdam (1-7-1984) 317 fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg (excl. oefen therapeuten Mensendieck en César en excl. fysiotherapeuten met uitsluitend particuliere patiënten). Bij een inwonertal van 555.353 komt dat, zonder rekening te houden met part-time werkenden, neer op een gemiddeld aantal inwoners per fysiotherapeut van 1752; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één fysiotherapeut op elke 2400 inwoners.

Organisatie Van alle fysiotherapeuten in de Rotterdamse eerstelijns zijn er 151 vrijgevestigd in een eigen praktijk; 166 fysiotherapeuten zijn als medewerker verbonden aan de praktijk van een vrijgevestigde collega. Vestiging van fysiotherapeuten is niet langer vrij: sinds 1982 hoeft het ziekenfonds, op grond van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet<sup>16</sup>, geen contracten met fysiotherapeuten meer af te sluiten.

Naast de afdelingen van de landelijke beroepsorganisaties NGF en NVVF kent Rotterdam de Plaatselijke Fysiotherapeuten Vereniging Rotterdam (PFVR), die vooral in het beleid rond de eerstelijnsgezondheidszorg de belangen van de beroepsbeoefenaren behartigt.

#### 5.3.2. Inhoudelijke aspecten

Patiënten positief Over het werk van de fysiotherapeut worden door elf organisaties aan patiëntenzijde opmerkingen gemaakt, vrijwel allemaal positief van aard. Organisaties van

chronische patiënten, zoals diabetici, rheuma- en afasiepatiënten, menen dat de leden voor zeer lange tijd bij fysiotherapie gebaat zouden zijn. Twee organisaties benadrukken de taak van de fysiotherapeut in de begeleiding van patiënten; de relatief lange duur van een fysiotherapeutisch consult en de continuïteit in de behandeling zijn daarvoor geschikte voorwaarden.

### 5.3.3. Organisatorische aspecten

In de organisatie van de fysiotherapeutische hulp doen zich problemen voor rond

- de tijdelijkheid van de behandeling;
- wachtlijsten;
- bereikbaarheid.

Behandeling  
in reeksen

Fysiotherapie wordt in eerste instantie verstrekt in een reeks van twaalf behandelingen; voor iedere volgende reeks is opnieuw een verwijzing door de verwijzende arts en de goedkeuring van het ziekenfonds nodig. Hoewel zes patiëntenorganisaties in die regeling problemen zien, zijn de fysiotherapeuten en het ziekenfonds het erover eens dat machtiging voor een tweede reeks behandelingen bijna altijd wordt gegeven; wel is in een enkel geval contact met de verwijzende arts noodzakelijk. Applicaties mogen echter, sinds de zogenoemde 1 juni-maatregel, in een gecombineerde vervolgbehandeling alleen worden toegepast als er, na het beëindigen van een reeks, 90 dagen zijn verlopen of als stopzetting van behandeling met applicaties directe nadelige consequenties heeft voor de patiënt. Aangezien dat laatste moeilijk te bewijzen valt - en ook omdat het ziekenfonds ervan uitgaat dat van sommige applicaties slechts resultaat verwacht mag worden als zij in hoge frequentie toegepast zouden kunnen worden - wordt toestemming, volgens de fysiotherapeuten, zelden tot nooit gegeven. De patiënt echter hoeft daar niets van te merken: vaak worden de applicaties toegepast zonder dat de kosten ervan worden gedeclareerd of bij de patiënt in rekening worden gebracht.

Applicaties

Wachtlijsten

Wachtlijsten van enige weken - door vijf organisaties genoemd - komen volgens de PFVR 'hier en daar' voor; de vrije keuze van behandelaar maakt echter dat een patiënt altijd wel ergens terecht kan.

Bereikbaarheid

Aan een regeling voor een 7 x 24 uren-bereikbaarheid wordt door de PFVR gewerkt. In eerste instantie zal in beide stadsdelen continu één fysiotherapeut bereikbaar zijn voor hulp in acute situaties, na - zoals wettelijk is voorgeschreven - verwijzing door een arts.<sup>20</sup>

#### 5.3.4. Samenvatting

Fysiotherapie wordt door patiënten gewaardeerd; twee organisaties benadrukken de psychosociale hulpverlening door de fysiotherapeut. De tijdelijkheid van de behandeling wordt als een probleem ervaren; terwijl een aantal patiëntenorganisaties meent dat een vervolgbehandeling nogal eens wordt geweigerd, is daar volgens de PFVR geen sprake van. Het toepassen van applicaties in een gecombineerde vervolgbehandeling wordt echter zelden toegestaan. Het aantal fysiotherapeuten in Rotterdam overstijgt de landelijke norm; voor een groeiend aantal hulpverleners moet werk worden gezocht.<sup>21</sup>

#### 5.4. Farmacie

Taak Van oudsher bestaat de taak van de apotheker uit het bereiden en distribueren van geneesmiddelen. Daarnaast heeft hij de laatste jaren tevens de taak van consultant gekregen, zowel voor de arts als voor de patiënt. Hoewel de bereidende functie van de apotheker een relatief dalend aandeel in de beroepsuitoefening heeft, wordt toch 15 à 20 % van de geneesmiddelen in de apotheek klaargemaakt, in voorraad of volgens recept voor een individuele patiënt (Ten Cate, 1983).

##### 5.4.1. Feitelijke gegevens

Aantal Volgens gegevens van de inspectie voor de geneesmiddelen telt Rotterdam (1-10-1984) 65 apotheken (inclusief die van één apotheekhoudende huisarts). Bij een inwonertal van 555.353 komt dat neer op een gemiddeld aantal inwoners per apotheek van 8.544; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één apotheker op elke 10.000 inwoners.

Organisatie De meeste apothekers zijn vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Daarnaast is een toenemend aantal apothekers als tweede apotheker werkzaam; zij zijn in bovenstaande cijfers echter niet meegeteld. Vestiging van apothekers is in principe vrij. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) voert een eigen vestigingsbeleid, dat bindend is voor de leden, echter geen wettelijke basis heeft.

##### 5.4.2. Inhoudelijke aspecten

Voorlichting Problemen van inhoudelijke aard doen zich voor rond  
- voorlichting  
- de bruikbaarheid van bijsluiters  
Voorlichting over medicijnen is een taak van zowel huisarts of specialist als apotheker. Van de tien organisaties aan patiëntenzijde die zich over dit onderwerp uitlaten zijn er vier van mening dat de apotheker méér

Voorlichting aan migranten	<p>voorlichting zou kunnen geven; één meent dat dat in de praktijk niet kan en vijf organisaties hebben de indruk dat de voorlichting voldoende is, mits de patiënt er zelf om vraagt.</p> <p>De KNMP bevestigt dat er doorgaans inderdaad ongevraagd geen informatie wordt gegeven. De apothekers hebben echter de indruk dat patiënten steeds méér vragen en dat er veel méér voorlichting gegeven wordt dan een paar jaar terug. Het merendeel betreft praktische vragen over bij- en nawerking, die veelal door de assistenten aan de balie kunnen worden beantwoord.</p> <p>Voorlichting aan migranten vormt een bijzonder probleem. De huisarts zou, naar de mening van de apothekers, deze patiënten beter op het gebruik van medicijnen kunnen voorbereiden.</p>
Bijsluiters	<p>Patiënten oordelen heel verschillend over de kwaliteit van bijsluiters. Volgens apothekers is dat te verklaren uit het feit dat bij sommige medicijnen een bijsluiter van de industrie, bij andere een van de KNMP, wordt gebruikt; de laatste zijn doorgaans leesbaarder. Het komt voor dat bij levering van een grote verpakking aan de apotheker slechts één bijsluiter zit; maakt de apotheker daarvan geen copieën, dan kan de bijsluiter in de aflevering aan de patiënt ontbreken. Drie patiëntenorganisaties klagen daar ook over.</p>
Bereikbaarheid	<p><u>5.4.3. Organisatorische aspecten</u></p> <p>Het door patiënten meest genoemde knelpunt in de organisatie van de farmaceutische hulp heeft betrekking op een slechte bereikbaarheid buiten de openingsuren van de eigen apotheek. De nachtdienstregeling van apotheken wordt in Rotterdam uitgevoerd door vijf waarneemgroepen, drie in noord en twee in zuid, waardoor in beide stadsdelen telkens drie tot vijf respectievelijk twee apotheken zijn geopend. Het feit dat buitenwijken als Ommoord en Schiebroek tot één waarneemgroep behoren kan de klacht (van zes van de negen organisaties die hierover een uitspraak doen) verklaren dat 's nachts en in de weekenden soms lange afstanden moeten worden afgelegd. De KNMP stelt dat de regeling gebaseerd is op een inventarisatie van de (geringe) behoefte; een herindeling valt volgens de apothekers echter te overwegen.</p>
Taxikosten	<p>Hoewel op de antwoordapparaten en in de folder die de KNMP via de apotheken verspreidt wordt aangegeven dat eventuele taxikosten kunnen worden vergoed, blijken veel patiënten van deze mogelijkheid niet op de hoogte.<sup>22</sup></p>
Vestigingsbeleid	<p>Voor de KNMP zelf vormt, net als voor de huisartsen, het ontbreken van een wettelijke basis voor het eigen vestigingsbeleid een probleem. In Rotterdam hebben zich op diverse plaatsen buiten dat beleid om apotheken gevestigd, die doorgaans deel uitmaken van een concern waartegen een zelfstandig gevestigde apotheker moeilijk kan concurreren.</p>

Gedacht wordt aan de mogelijkheid om, naar Amsterdams voorbeeld, via zogenoemde 'vechtapotheken' de strijd met deze concerns aan te binden. Ook wordt toepassing van artikel 47.3. van de Ziekenfondswet bepleit (zie noot 16), waardoor het ziekenfonds, net als bij tandartsen en fysiotherapeuten, niet langer verplicht zou zijn een overeenkomst met iedere gevestigde apotheker aan te gaan.

#### 5.4.4. Samenvatting

Problemen in de hulpverlening door apothekers zijn niet of nauwelijks inhoudelijk van aard. Volgens vier patiëntenorganisaties schiet de voorlichting tekort en drie organisaties klagen over het ontbreken van bijsluiters als een grote verpakking in de apotheek wordt oververpakt.

Voor de KNMP vormt vooral de voorlichting aan migranten een probleem; aan het verbeteren van de voorlichting wordt intern gewerkt.

In de organisatie van de hulpverlening vormt de moeilijke bereikbaarheid van apotheken buiten de gewone openingsuren voor patiënten een belangrijk knelpunt; de mogelijkheid om taxikosten vergoed te krijgen is niet algemeen bekend.

De KNMP wijst op het ontbreken van een wettelijke basis voor het eigen vestigingsbeleid; vooral de groei van de concerns wordt met zorg gadeslagen.

#### 5.5. Overige disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op knelpunten in het functioneren van drie andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg: de tandheelkunde, de verloskunde en de logopedie.

##### 5.5.1. Tandheelkunde

De typisch orgaanspecialistische benadering van de tandarts stelt deze in een enigszins excentrische positie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Toch zijn de kenmerken van de eerstelijns ook van toepassing op de tandarts. In principe dient voor de hele bevolking een tandarts beschikbaar te zijn voor periodiek onderzoek, behandeling en het verlenen van eerste hulp.

Volgens gegevens van de Stichting Ziekenfonds Rotterdam (SZR) werken in de stad Rotterdam (1-10-1984) 170 tandartsen (excl. tandartsen met uitsluitend particuliere patiënten). Bij een inwonertal van Rotterdam (excl. Hoek van Holland) van 547.307 komt dat neer op een gemiddeld aantal inwoners per tandarts van 3219; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één tandarts op elke 3000 inwoners.

Taak

Aantal

Organisatie	<p>Vestiging van tandartsen is niet vrij. Op grond van artikel 47.3. van de Ziekenfondswet (zie noot 16) hoeft het ziekenfonds geen contracten met nieuw gevestigden meer aan te gaan. Voor het invullen van opengevallen plaatsen hanteert de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT) een eigen vestigingsbeleid, dat door regionale vestigingscommissies wordt uitgevoerd.</p> <p>Niet-leden kunnen zich daaraan onttrekken, maar worden niet door het ziekenfonds als 'medewerker' geaccepteerd.</p> <p>Naast de regionale afdeling van de NMT, die de tandartsen in beleidsorganen vertegenwoordigt, speelt vanouds de Rotterdamse Tandartsen Vereniging (RTV) een belangrijke rol in de onderlinge contacten.</p>
Inhoudelijk weinig commentaar	<p>Inhoudelijk geeft het werk van de tandarts weinig reden voor commentaar, waarbij overigens niet vergeten mag worden dat de kwaliteit van de tandheelkundige zorg ook moeilijk voor patiënten is te beoordelen. De manier waarop de tandarts zijn werk doet is te persoonsgebonden om in ons onderzoek onderwerp van gesprek te kunnen zijn.</p>
Gehandicapten	<p>In de behandeling van gehandicapte kinderen doen zich volgens de BOSK problemen voor. De NMT echter meent dat behandeling in algemene praktijken goed mogelijk is; zeker nu het tandartsentekort is opgeheven, kan daarvoor immers méér tijd worden vrijgemaakt. Zonodig kunnen ook gespecialiseerde tandartsen in de Adriaan-stichting worden ingeschakeld. Speciale aandacht verdient, volgens twee (migranten)organisaties, de slechte toestand van de gebitten van kinderen van migranten; de schooltandarts zou in dit opzicht een belangrijke preventieve én verwijzende taak kunnen hebben.</p>
Migranten	<p>In de organisatie van de zorg spelen twee aspecten een rol:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- één patiëntenorganisatie stelt dat het tekort aan tandartsen, dat lange tijd in Rotterdam heeft bestaan, nu leidt tot hoge saneringskosten;</li><li>- over de bereikbaarheid buiten 'kantooruren' wordt eveneens door één organisatie geklaagd.</li></ul>
Kosten eerste sanering	<p>Tussen de SZR en de RTV is een 'herenaccord' van kracht, waarin is afgesproken dat de kosten van de eerste sanering geheel voor rekening van het ziekenfonds zijn, als kan worden aangetoond dat de patiënt in de jaren van het tandartsentekort vergeefs naar een tandarts heeft gezocht. Het accord wordt echter niet altijd eenduidig door de tandartsen uitgevoerd. In dat verband is het opvallend dat door de NMT/RTV niet van de regeling wordt gerept. De tandartsen zijn van mening dat hoge saneringskosten eerder zijn te wijten aan nonchalance van de patiënt dan aan een tekort aan tandheelkundige hulp.</p>

Bovendien staat het de patiënt vrij om - mocht een rekening te hoog uitvallen doordat de tandarts voor bepaalde handelingen het particuliere tarief rekent - een andere tandarts te kiezen. Overigens kondigt het ziekenfonds aan in de loop van 1985 de naleving van terzake geldende voorschriften strikter te gaan controleren.

#### Bereikbaarheid

In Rotterdam is de avonddienst door de tandartsen jarenlang uitgevoerd op een centraal adres in de binnenstad. Daaraan is nu een eind gekomen; met ingang van oktober 1984 wordt weer in de praktijken gewerkt. De avonddienst werd destijds met financiële steun van het ziekenfonds ingesteld. De SZR ziet nu af van verdere financiering, omdat het aantal bezoekers daalde.<sup>23</sup> Bovendien betaalde het fonds, door middel van de subsidie, mee aan de hulpverlening aan niet-verzekerden en werd de ziekenfondsraad kritischer. Voor een noodzakelijke verplaatsing van de avonddienst naar het Bergwegziekenhuis, zoals door de tandartsen werd voorgesteld, zou een aanzienlijke investering nodig zijn, waarin door de tandartsen niet zou worden gedeeld.

Voor hulpverlening in de weekenden is telkens één tandarts in de eigen praktijk bereikbaar; 's avonds kan men bij hem terecht voor ongevallen en nabloedingen. Voor pijnklachten moet worden gewacht tot de volgende ochtend.

#### 5.5.2. Verloskunde

#### Taak

De verloskundige zorg omvat de prenatale en de natale zorg en de zorg voor moeder en kind tijdens de kraamperiode. Hoewel lange tijd steeds meer vrouwen er de voorkeur aan geven om, al dan niet poliklinisch, in het ziekenhuis te bevallen, is de laatste jaren weer een tendens merkbaar naar méér thuisbevallingen. Migranten vormen in Rotterdam in dit opzicht een belangrijke groep.

#### Aantal

Volgens gegevens uit het registratiesysteem van verloskundigen dat door het NIVEL wordt bijgehouden, werken in Rotterdam (1-1-1984) 22 zelfstandig gevestigde verloskundigen in een eigen praktijk. Bij een inwonertal van 555.353 komt dat neer op een gemiddeld aantal inwoners per verloskundige van 25.243; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één verloskundige op elke 20.000 inwoners.

Dergelijke cijfers zijn echter weinig zeggend; uitgegaan zou moeten worden van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-45 jaar) dat in de regio woont. Bij een aantal van 118.910 (1-1-1984) bedraagt het potentieel cliëntenbestand per verloskundige in Rotterdam 5405 vrouwen. Landelijk is dit cijfer voor verloskundigen (met een eigen praktijk) 5601.

Organisatie	Behalve in een eigen praktijk kunnen verloskundigen ook werkzaam zijn als assistent bij een collega, als waarneemster of in dienstverband van een ziekenhuis of - zoals in Rotterdam - een vroedvrouwschool. Zij zijn in bovenstaande cijfers niet meegeteld. Vestiging van verloskundigen is in principe vrij. Het feit dat de behoefte aan verloskundige zorg in een wijk door de jaren heen kan veranderen, maakt het moeilijk een vestigingsbeleid voor verloskundigen te ontwerpen.
Weinig opmerkingen	Over verloskunde zijn de door ons ondervraagde organisaties aan patiëntenzijde nauwelijks opmerkingen gemaakt. Ouders van gehandicapte kinderen pleiten er, op grond van een ongunstige ervaring, voor dat een eerste kind altijd in ziekenhuis of polikliniek geboren zou moeten worden. Dat daar een grotere veiligheid voor moeder en kind zou worden gegarandeerd wordt door de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV) ten stelligste ontkend: ook in het ziekenhuis zijn medische hulpverleners niet continu aanwezig.
Bereikbaarheid	Oneens is de organisatie het ook met de - eenmaal gehoorde - opmerking dat de verloskundige buiten kantooruren moeilijk bereikbaar zou zijn: iedere verloskundige heeft een antwoordapparaat, men is aangesloten bij de boodschappendienst en beschikt over een semafoon.
Laboratoriumonderzoek	Een probleem voor de verloskundige zelf ligt in het ontbreken van de mogelijkheid voor alle cliënten om laboratoriumonderzoek te laten instellen naar het voorkomen van Australië-antigeen (HBAg, dat hepatitis-B kan veroorzaken) in het bloed. Alleen onderzoek in het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt of aan de vroedvrouwschool wordt door het ziekenfonds vergoed; bij vrouwen die elders bevallen wordt het onderzoek niet uitgevoerd.
<h3>5.5.3. <u>Logopedie</u></h3>	
Taak	De logopedist behandelt stoornissen van adem en stem, spraak, taal en gehoor, die van organische of functionele aard zijn; daarnaast doet hij op dit terrein onderzoek en geeft hij advies. De logopedie behoort, met onder meer de fysiotherapie, tot de paramedische beroepen, waardoor een medische indicatie tot behandeling altijd vereist is.
Aantal	In Rotterdam (1-10-1984) staan 46 vrij gevestigde logopedisten bij het ziekenfonds ingeschreven; met 555.353 Rotterdammers komt dat neer op 1 logopedist per 12.072 inwoners.
Organisatie	Overigens zegt het aantal ingeschreven logopedisten weinig omdat velen slechts enkele uren werken. <sup>24</sup> Vestiging van logopedisten is vrij; binnen de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF) wordt nagedacht over de mogelijkheden van een eigen vestigingsbeleid.



Patiënten  
niet gevraagd

Onvoldoende  
bekendheid

Samenwerking  
nodig

In de eerste fase van het onderzoek is de logopedie niet ter sprake gekomen. Door de NVLF wordt als een belangrijk probleem gezien dat andere hulpverleners in de eerstelijns doorgaans nog onbekend zijn met de mogelijkheden die het vak biedt. Doordat enerzijds in de eerstelijns het gehele gebied van de (pre)verbale communicatie moet worden bestreken en anderzijds logopedisten mede door ervaringen gespecialiseerd raken in een deelgebied (stotteren, afasie, ontwikkeling- of stemstoornissen, afwijkende mondgewoonten) is een intensieve onderlinge samenwerking noodzakelijk. Het feit dat veel part-time wordt gewerkt, belemmert een dergelijke goede samenwerking vooralsnog.

#### 5.5.4. Samenvatting

In de hulpverlening door de tandarts noemt een enkele (ouder)organisatie de behandeling van gehandicapte kinderen een inhoudelijk probleem. In de organisatie worden van patiëntenzijde de hoge kosten van de eerste sanering als probleem aangevoerd. Over de bereikbaarheid worden door patiënten nauwelijks opmerkingen gemaakt; tussen de NMT en het ziekenfonds speelde tot voor kort een geschil over de financiering van de centrale avonddienst. Sinds kort worden behandelingen 's avonds in de praktijk van de waarnemende tandarts zelf uitgevoerd.

Met betrekking tot de verloskundige zorg worden nauwelijks opmerkingen gemaakt: één patiëntenorganisatie trekt de bereikbaarheid buiten 'kantooruren' in twijfel. Voor de NOV vormt het ontbreken van voldoende mogelijkheden voor het verrichten van laboratoriumonderzoek een probleem.

Over de logopedie is met patiënten niet gesproken. De NVLF signaleert een te geringe bekendheid van de discipline bij andere hulpverleners en onvoldoende onderlinge samenwerking.

## 6. MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING IN DE EERSTE LIJN

Algemeen  
maatschappelijk werk  
en gezinsverzorging

Sinds het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg kan de maatschappelijke dienstverlening in de eerste lijn ruim worden opgevat (vgl. par. 2.1.1.). In dit hoofdstuk beperken we ons tot een beschrijving van het functioneren van de twee kerndisciplines in deze sector van de eerstelijnszorg: het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. De opbouw van dit hoofdstuk is gelijk aan die van het voorgaande (vgl. pag. 20).

### 6.1. Het algemeen maatschappelijk werk

Taak

De Joint, de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening, formuleert voor het algemeen maatschappelijk werk (AMW) een zevental taken:

- procesmatige hulpverlening;
- informatie en advies;
- bemiddeling en pleitbezorging;
- verwijzing en consultatie;
- concrete dienstverlening;
- signaleren en entameren;
- inschakelen en begeleiden van vrijwilligers.

#### 6.1.1. Feitelijke gegevens

Aantal

Het algemeen maatschappelijk werk wordt in Rotterdam uitgevoerd door een viertal instellingen:

- Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (SMWR) met (1-1-1985) 60 maatschappelijk werkenden op 47,5 formatieplaatsen (exclusief staf);
- Humanitas met (1-1-1985) 11 maatschappelijk werkenden op 8,7 formatieplaatsen (exclusief staf);
- Algemene Hulp Centrale (AHC) met (1-1-1985) 4 maatschappelijk werkenden op 3 formatieplaatsen en
- Stichting Joods Maatschappelijk Werk met (1-1-1985) 4 maatschappelijk werkenden op 1,5 formatieplaats.

Samen beschikken de vier instellingen over 79 uitvoerend werkenden op bijna 61 formatieplaatsen. Bij een inwonertal van Rotterdam (exclusief Hoek van Holland) van 547.307 komt dat neer op een gemiddeld aantal inwoners per (full-time werkende) maatschappelijk werkenden van 8972; de Nota Eerstelijnszorg gaat uit van één maatschappelijk werkende op elke 8000 inwoners.

Organisatie

Van de vier instellingen voor algemeen maatschappelijk werk werkt alleen de grootste, de SMWR, gedecentraliseerd. Het werk wordt uitgevoerd vanuit 20 wijkbureaus (waarvan er enkele ook elders in de wijken spreekuur houden) en 8 gezondheidscentra. Daarnaast maken alle hulpverleners deel uit van één van de 13

basisteams van de stichting, die vooral inhoudelijke ondersteuning bieden. De drie andere instellingen werken vanuit een centraal adres.

Planning en financiering van het Rotterdams algemeen maatschappelijk werk - met uitzondering van het maatschappelijk werk vanuit gezondheidscentra - vinden plaats in het kader van de wijkwelzijnsplanning, waardoor deelgemeenten en wijkwelzijnsplanningsgroepen in principe over het budget beschikken en daarin kunnen schuiven.

In onderstaand beeld van het algemeen maatschappelijk werk is, aan hulpverlenerszijde, uitsluitend de visie van de SMWR verwerkt.

### 6.1.2. Inhoudelijke aspecten

Wat betreft de inhoudelijke kant van het algemeen maatschappelijk werk zijn opmerkingen te maken over de hulpverlening aan chronisch zieken en gehandicapten, aan migranten en aan bejaarden.

Chronisch zieken  
en gehandicapten

In de begeleiding van chronisch zieke en gehandicapte patiënten speelt het AMW een ondergeschikte rol. Immateriële hulp, zoals gesprekken over problemen die direct met de ziekte of handicap samenhangen, wordt voor een belangrijk deel door de contactpersonen van de verschillende organisaties gegeven; voor materiële hulp worden organisaties ingeschakeld als de ANIB of de Vereniging van Gehandicaptenorganisaties Rotterdam (VGR) of wordt een beroep gedaan op het Instituut Raadslieden. Het algemeen maatschappelijk werk zou, volgens twee gehandicaptenorganisaties, ook te weinig kennis hebben van voorzieningen en verstrekkingen om cliënten op dit punt van advies te kunnen dienen.

De SMWR erkent dat inhoudelijk weinig bemoeienis bestaat met de specifieke problemen van chronisch zieken of gehandicapten. De verschillende categoriale voorzieningen zijn beter toegerust om hen hulp te verlenen; een grotere betrokkenheid van het algemeen maatschappelijk werk wordt niet nodig geacht. Wel doen ook chronisch zieken een beroep op het AMW voor algemene hulpverlening rond, bijvoorbeeld, huisvesting of schulden. Voor zover zich dan toch specifieke problemen voordoen wordt wel contact gezocht met patiëntenorganisaties om informatie over de ziekte in te winnen<sup>25</sup> of wordt een cliënt naar dergelijke organisaties 'verwezen'.

Of een maatschappelijk werkende op de hoogte is van voorzieningen en verstrekkingen ten behoeve van uitkeringsgerechtigden hangt van de betreffende hulpverlener af: zijn eigen belangstelling speelt een rol, maar ook de aard van de problemen in de wijk waar hij werkt. Hulpverlening op dit gebied wordt door de SMWR wel uitdrukkelijk tot de taak van het AMW gerekend.

## Migranten

Migranten vormen ook voor het algemeen maatschappelijk werk een problematische groep. Verschillen in taal en cultuur maken de hulpverlening arbeidsintensief en vereisen een andere methodiek, die alleen geïnteresseerde hulpverleners zich eigen hebben gemaakt. Cliënten kennen over het algemeen de professionele wijze van probleem-oplossen niet en zijn niet gewend aan de non-directive wijze van werken; ook hecht 'de' migrant minder waarde aan de instelling dan aan de persoon van de hulpverlener met wie hij een veel persoonlijkere relatie wil aangaan dan de gemiddelde Nederlandse cliënt. Een bijkomend probleem in de hulpverlening is dat doorverwijzing naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg slechts zeer beperkt mogelijk is, omdat aangepaste hulpverlening daar grotendeels ontbreekt. Surinamers en Antillianen komen in het cliëntenbestand van de SMWR naar ratio voor; in sommige wijken, waar een migrantenspreekuur of een internationaal spreekuur is ingesteld, komen ook veel Turken naar het maatschappelijk werk.

## Nieuwe taak categoriale instellingen

Hoewel door de bestaande categoriale welzijnsinstellingen wordt erkend dat het AMW in wijken waar veel migranten wonen goed functioneert, leveren zij kritiek op het voornemen van het ministerie van WVC om de categoriale hulpverlening aan migranten af te bouwen en de bestaande instellingen een tweedelijnsfunctie te geven. De SMWR, die een belangrijk deel van het werk van de welzijnsinstellingen zou moeten overnemen, staat 'gematigd afwijzend' tegenover de zogenoemde decategorialisering. Vóórdat het AMW in staat is zijn taak naar behoren te vervullen, zal er sprake moeten zijn van een overgangsfase, tijdens welke binnen de stichting 'min of meer categoriaal werkende' functionarissen in dienst zullen zijn van wie - bijvoorbeeld - de helft van de cliënten uit migranten zal bestaan. Een aantal problemen zal blijven bestaan, zoals

- een ontoereikende hulp voor kleine groepen van migranten, zoals chinezen;
- het niet-wijkgebonden karakter van de cliëntenstromen van migranten;
- het onvoldoende voorhanden zijn van hulpverleners met een niet-Nederlandse achtergrond.

Inmiddels wordt in het instellingen-overleg van club- en buurthuiswerk, opbouwwerk, SMWR en de welzijnsinstellingen voor migranten aan deskundigheidsbevordering gewerkt.

## Bejaarden

Onder de cliënten van het algemeen maatschappelijk werk zijn relatief weinig bejaarden; in een recent overzicht van 2.500 langer lopende hulpverleningscontacten van de SMWR is slechts 8 % van de cliënten 65 jaar of ouder; 23 % is tussen de 46 en 64 jaar. Daarbij gaat het vooral om diepergaande problematiek. Zaken als opvang, steun en begeleiding worden - zo blijkt - veelal door de ouderenorganisaties gedaan; ook de dienstencentra, tot welke bejaarden zich doorgaans gemakkelijker wenden dan tot

het 'stigmatiserende' maatschappelijk werk, spelen daarin een rol. Volgens het COSBO is het voor veel ouderen ook onduidelijk wat het algemeen maatschappelijk werk doet of kan doen.

### 6.1.3. Organisatorische aspecten

Opmerkingen over de organisatie van het algemeen maatschappelijk werk hebben betrekking op:

- de spreiding van de hulpverlening over de stad;
- het bestaan van wachtlijsten;
- de (on)bereikbaarheid buiten kantooruren.

#### Spreiding

Het maatschappelijk werk wordt verricht vanuit ruim dertig plaatsen in de stad: gezondheidscentra, wijkbureaus en spreekuurposten. De spreiding van de hulpverlening lijkt daarmee onvoldoende te zijn geregeld. Dat van patiëntenzijde enkele (aantoonbaar onjuiste) lacunes worden gesignaleerd, duidt echter op een gebrek aan publiciteit, evenals de nu en dan gestelde vraag 'waar ze eigenlijk zitten'.

#### Wachtlijsten

Op zes à zeven plaatsen bestaan momenteel wachtlijsten van maximaal een maand. De toestroom van cliënten is volgens de SMWR in enkele jaren verdubbeld, waartegenover slechts een bescheiden groei in het hulpaanbod heeft plaatsgevonden. De stichting pleit in dit verband voor een decentralisatie (en daarmee een grotere bereikbaarheid) van het stedelijk werkende Humanitas over de wijkposten van de SMWR.

#### Bereikbaarheid

Het feit dat het algemeen maatschappelijk werk niet 7 x 24 uur bereikbaar is, wordt van patiëntenzijde niet als een probleem ervaren. De SMWR zelf ziet een continue bereikbaarheid evenmin tot haar taak. Enerzijds is niet duidelijk wat het AMW aan crisisopvang zou kunnen doen; anderzijds worden door andere instanties - het crisiscentrum, de telefonische hulpdienst, de afdeling acute psychiatrie van de GGD, de polikliniek van Dijkzigt en de gezamenlijke RIAGG's - al voldoende mogelijkheden daartoe geboden. Dat deze instellingen alle dag en nacht bereikbaar zijn en wat hun taken zijn is echter - zo blijkt uit reacties van patiëntenzijde - niet algemeen bekend.

### 6.1.4. Samenvatting

Het algemeen maatschappelijk werk speelt voor chronisch zieken en gehandicapten geen rol van betekenis; naast hulpverlening binnen de eigen organisaties wordt sneller een beroep gedaan op categoriale voorzieningen. Ook bejaarden roepen eerder de hulp in van het neutraler geachte dienstencentrum. In de hulpverlening aan migranten zijn problemen te verwachten als de categoriale hulpverlening al te snel zou worden afgebouwd.

De taken van het algemeen maatschappelijk werk lijken, mede door de verschillen in taakuitoefening tussen hulpverleners onderling, voor patiënten nog vrij onduidelijk te zijn.

De SMWR vindt de specifiek op problemen van zieken en gehandicapten gerichte hulpverlening niet tot de taak van het algemeen maatschappelijk werk behoren. Tegen een 'deategorialisering' van de hulpverlening aan migranten staat de instelling 'gematigd afwijzend'.

In de organisatie van de hulpverlening speelt een tweetal problemen een rol:

- de spreiding van hulpverlening over de stad;
- het bestaan van wachtlijsten.

Terwijl het laatste probleem door de SMWR wordt erkend, wordt spreiding van hulpverlening goed genoemd. Een grotere nadruk op publiciteit lijkt in dit verband wenselijk.

Dat het algemeen maatschappelijk werk buiten 'kantooruren' niet bereikbaar is, wordt door patiënten niet als een probleem ervaren; bereikbaarheidsdiensten van instellingen in de AGGZ zijn echter onvoldoende bekend.

## 6.2. Gezinsverzorging

Taak

De gezinsverzorging, in omvang de belangrijkste werksoort in de maatschappelijke dienstverlening, verleent hulp bij huishoudelijke en gezinstaken. Dat hulpaanbod is gevarieerd:

- tijdelijke of kortdurende hulp;
- langdurige hulp (aan bijvoorbeeld bejaarden en chronisch zieken);
- gespecialiseerde gezinsverzorging (hulp op sociale indicatie);
- wijkbejaardenverzorging;
- alpha-hulp (waarbij een helpster formeel in dienst is van de cliënt).

### 6.2.1. Feitelijke gegevens

Aantal

In Rotterdam wordt de gezinsverzorging en de bejaardenzorg uitgevoerd door zeven instellingen:

- Stichting Gezinsverzorging "Het Groene Kruis" (1400 personeelsleden\* in 1983);
- Stichting Katholieke Maatschappelijke Gezinszorg Rotterdam (1200);
- Stichting voor Kerkelijk Sociale Arbeid (1200);
- Stichting Gezinsverzorging van het Gereformeerd Centrum voor Welzijnsbehartiging (800);
- Stichting Gezinsverzorging en Gezinshulp "Huiszorg" (650);
- Humanitas (240);
- Hervormde Diaconale Stichting Gezinsverzorging Overschie (150)

\*Aantallen zijn exclusief alpha-hulpen.

## Organisatie

De zeven instellingen met samen 5640 (veelal part-time werkende) personeelsleden bedienen, met uitzondering van de hervormde stichting in Overschie, de hele stad. Inmiddels hebben de zeven, verenigd in de Rotterdamse Raad voor Gezinsverzorging, voorstellen gedaan om te komen tot een reorganisatie. De stad zal daartoe worden verdeeld in drie regio's, waarbinnen telkens twee van de bestaande instellingen in een 'organisatorische combinatie' zullen samenwerken. De overblijvende zevende, gereformeerde instelling, zal als enige stedelijk blijven werken.<sup>26</sup> Via, aanvankelijk, het zogenoemde Convenant en, sinds 1 januari 1984, door de Financieringsregeling Welzijnsovereenkomst vier grote gemeenten heeft de gemeente Rotterdam de bevoegdheid tot planning en financiering, binnen grenzen die door het Rijk worden gesteld.

### 6.2.2. Inhoudelijke aspecten

## Specifieke kennis

Bij de begeleiding door de gezinsverzorging doen zich voor de helpster of verzorgster twee dilemma's voor. In de eerste plaats moet zij een goed evenwicht weten te vinden tussen wat de patiënt wel en niet (meer) zelf in het huishouden kan doen, tussen stimuleren en afremmen. Vijf patiëntenorganisaties hebben in meerdere of mindere mate de indruk dat helpsters en verzorgsters te weinig van bepaalde ziektebeelden afweten om op dit punt tot een goede afweging te komen. Dat een zekere kennis van de specifieke problemen van groepen cliënten voor de hulpverlening van nut is, wordt ook door de instellingen erkend; intern bestaat dan ook de mogelijkheid om op dit gebied bijscholing te volgen.

## Hulpvraag

Een tweede dilemma voor helpster of verzorgster is het juist afwegen van de behoefte van de cliënt aan huishoudelijke hulp, verzorging en begeleiding. Bij patiëntenorganisaties lopen, voorzover dat uit enkele reacties kan worden afgeleid, de verwachtingen op dit punt uiteen. De aard van de ziekte en de lengte van de periode waarin men op hulp is aangewezen spelen daarbij een rol: chronische reumapatiënten verwachten méér begeleiding dan borstkankerpatiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Doordat de gezinsverzorging indicatie voor hulp op alle drie genoemde aspecten baseert, kan een spanning ontstaan tussen wat de cliënt wil en wat de hulpverlening heeft te bieden. Binnen de hulpverlenende instanties bestaat de indruk dat juist oudere, ervaren krachten met die spanning kunnen omgaan; jongere krachten, die vanuit hun opleiding leren méér aan psychosociale begeleiding te doen, zijn gezien hun leeftijd niet altijd gemakkelijk inzetbaar.<sup>27</sup> Overigens wordt sterker dan voorheen de nadruk gelegd op training en nascholing van helpsters.

## Migranten

Door de meeste migrantenorganisaties wordt het probleem gesignaleerd dat buitenlandse vrouwen doorgaans niet snel hulp in huis toelaten.<sup>28</sup> Ook de instellingen constateren dat buitenlandse vrouwen relatief weinig hulp inroepen en dat veel problemen onderling worden opgevangen.

Het in dienst nemen van Turkse of Marokkaanse gezinsverzorgsters zou volgens migrantenorganisaties een oplossing kunnen bieden; waar wél Nederlandse verzorgsters komen zou de voorkeur gegeven moeten worden aan wat oudere vrouwen.

Volgens de instellingen wordt, waar mogelijk, aan die laatste wens voldaan; ook zijn er contacten gelegd met organisaties van Turkse en Marokkaanse vrouwen en worden intern cursussen georganiseerd over speciale aspecten van hulp aan gezinnen van migranten. Een situatie waarin alleen verzorgsters met eenzelfde culturele achtergrond voor dergelijke hulp in aanmerking zouden komen wordt afgewezen: dat zou in strijd zijn met de gewenste integratie van migranten in de Nederlandse samenleving en met een noodzakelijke brede inzetbaarheid van helpsters en verzorgsters.

### 6.2.3. Organisatorische aspecten

Wat betreft de organisatie van de gezinsverzorging worden aan patiëntenzijde problemen gesignaleerd in het aanvragen van hulp, de kosten, de bereikbaarheid en het wisselen van helpsters.

## Aanvragen

Procedureel kan niet alleen de cliënt hulp inroepen; mits de cliënt zelf daarmee instemt, wordt ook hulp verleend als daar door anderen om werd gevraagd. Desondanks voeren twee organisaties als probleem aan dat vooral oudere mensen de weg naar de hulpverlening niet weten, geen hulp willen of net zo lang wachten tot de situatie onhoudbaar is geworden. Hoewel de instellingen potentiële verwijzers regelmatig informatie toesturen en hoewel in de wijkbejaardenverzorging cliënten ook actiever worden benaderd, worden niet alle hulpbehoevenden bereikt.

In principe kan iedereen hulp krijgen die binnen de mogelijkheden en de doelstelling van de gezinsverzorging valt. Bij het beoordelen van de aanvraag wordt echter rekening gehouden met wat de cliënt zelf of zijn naaste omgeving kunnen opbrengen. Het feit dat drie organisaties situaties schetsen waarin aangevraagde hulp niet verleend werd, wijst erop dat hulpvraag en hulpaanbod niet altijd op elkaar zijn afgestemd. Bij onenigheid over een indicatiestelling kan een cliënt in beroep gaan, waarna een andere leidinggevende haar oordeel geeft; bemiddeling door een buitenstaander (zoals een huisarts) wordt door de instellingen afgewezen. Overigens is de neiging tot bureaucrativering, waarbij de leidster tezeer uitgaat



van het belang van de instelling, voor de instellingen zelf een 'bron van zorg'.

Een eerste huisbezoek vindt uiterlijk binnen veertien dagen na de aanvraag plaats. Gemiddeld moet daarna op acute hulp enkele dagen, op andere hulp veertien dagen worden gewacht. Vier patiëntenorganisaties melden wachtlijsten; volgens de instellingen stonden daarop in oktober 1984 ongeveer zeshonderd cliënten. Hoewel het op peil houden van het aantal gezinsverzorgsters door externe omstandigheden wordt bemoeilijkt (maatregelen ten aanzien van tweeverdieners, verplichte pensioenbijdrage, korting op ontvangen bijstand), zijn de gemiddelde wachttijden korter dan voorheen.

Gedurende de wachttijd is de leidinggevende in theorie voor de cliënt de contactpersoon met de instelling; in de praktijk kan dat wel eens misgaan.

#### Kosten

Vijf organisaties noemen de kosten van de gezinsverzorging een probleem: cliënten zouden daardoor geen of te weinig hulp aanvragen of vroegtijdig afhaken. Omdat de kosten lager worden naarmate men langer hulp heeft, zouden cliënten ertoe neigen hulp die niet meer nodig is maar te houden, omdat de kosten, bij eventueel opnieuw aanvragen, hoger zouden zijn.

Volgens de instellingen spelen de kosten vooral bij de middelste en hoogste inkomenscategorieën een rol; patiënten uit die groepen dringen sneller aan op minder hulp. Van de cliënten die hulp hebben aangevraagd trekt 4 % zich om financiële redenen terug: 1 % van de hulpverleningscontacten wordt om die reden beëindigd. Ook wordt vaker een beroep gedaan op de (gratis) wijkbejaardenzorg. Over (potentiële) cliënten die zich om financiële redenen niet aanmelden zijn geen cijfers bekend.

#### Bereikbaarheid

Hoewel afwezigheid van hulp door sommigen als prettig wordt ervaren, is het ontbreken van continue bereikbaarheid voor patiënten vooral voelbaar:

- in de weekenden (vier maal als probleem genoemd)
- tijdens de 'spitsuren' in een gezin ('s ochtends, vóór 9 uur; 's middags na 5 uur) (tweemaal genoemd).

De instellingen bespreken momenteel met de wijkverpleging de mogelijkheid van een gezamenlijke 24-uurs alarmdienst. Ook zijn in oktober 1984 in de CAO toeslagen voor onregelmatig werk overeengekomen, waardoor variabele werktijden in 1985 mogelijk zullen zijn.

#### Wisselen

Vier patiëntenorganisaties noemen het vaak wisselen van helpsters een probleem; met een ziektepercentage én een jaarlijks verloop van elk 15 % valt daar volgens de instellingen echter niet altijd aan te ontkomen.

#### 6.2.4. Samenvatting

Ook van de gezinsverzorging wordt door enkele patiëntenorganisaties meer kennis verwacht van de specifieke problemen van chronisch zieken en gehandicapten. Verzorgsters zouden daardoor beter in staat zijn het juiste evenwicht te vinden tussen stimuleren en afremmen van de cliënt en ook de behoefte aan huishoudelijke hulp, verzorging en begeleiding beter kunnen afwegen.

De instellingen leggen, sterker dan voorheen, de nadruk op training en nascholing van helpsters.

In de organisatie van de gezinsverzorging worden aan patiëntenzijde problemen gesignaleerd in:

- het aanvragen van hulp (niet alle hulpbehoevenden worden bereikt en niet alle vragen om hulp worden gehonoreerd);
- het bestaan van wachtlijsten;
- de kosten van de hulpverlening;
- de onbereikbaarheid buiten 'kantooruren';
- het vaak wisselen van helpsters.

Instellingen noemen de mogelijkheid voor cliënten om bij onenigheid over de hulp intern in beroep te gaan; ook streven zij naar een vergroting van de bereikbaarheid.

Een belangrijk knelpunt, tenslotte, vormt de noodzakelijke reorganisatie van de hulpverlening in een kleiner aantal instellingen.

## 7. SAMENWERKING IN DE EERSTELIJN

Doel van samenwerking

Samenwerking in de eerstelijns(gezondheids)zorg wordt vaak beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde om de hulpverlening te verbeteren. Door onderling met elkaar samen te werken zijn hulpverleners beter in staat patiënten in hun eigen omgeving te behandelen en kan het aantal verwijzingen en opnamen worden beperkt. Dat is prettig voor de patiënten en het helpt de snel stijgende kosten van de gezondheidszorg te beperken, zo luidt de redenering.

Verschillende vormen

In een gecompliceerd veld als de eerstelijnszorg kan samenwerking verschillende vormen aannemen, zowel meer als minder formeel geregeld en zowel binnen de afzonderlijke disciplines als tussen hulpverleners met een verschillende achtergrond.

Beperken we ons tot deze laatste vorm van samenwerking, dan is daarin een aantal typen te onderscheiden:

- hulpverleners overleggen met elkaar over de behandeling van individuele patiënten of over meer algemene aspecten van hun vak;
- in een sociaal café of eerstelijns-overleg wordt regelmatig overlegd tussen vertegenwoordigers van alle disciplines in een buurt of wijk;
- een home-team is een formeel samenwerkingsverband van huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleging, zonder gemeenschappelijke huisvesting.
- in een gezondheidscentrum zijn tenminste een huisarts, een maatschappelijk werkende en een wijkverpleegkundige, maar dikwijls ook andere disciplines, gemeenschappelijk gehuisvest.

### 7.1. Feitelijke gegevens

Samenwerkingsverbanden in Rotterdam

Volgens een opgave van de STOEL kent Rotterdam momenteel 32 gestructureerde samenwerkingsverbanden: twaalf gezondheidscentra en twintig samenwerkingsverbanden die niet gemeenschappelijk zijn gehuisvest.

Gezondheidscentra

Van negen gezondheidscentra zijn, uit de Registratie Samenwerkingsverbanden van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) gedetailleerde cijfers voorhanden. Tabel 7.1. geeft de situatie weer op 1 januari 1984.<sup>29</sup>

Patiëntenbestanden vergeleken

Op basis van gegevens uit de Registratie Samenwerkingsverbanden van het NIVEL hebben Boerma en Groenewegen (1985) de patiëntenbestanden van hulpverleners in gezondheidscentra met elkaar vergeleken.

Tabel 7.1.: Personele bezetting van de gezondheidscentra in Rotterdam in aantallen\* en (tussen haakjes) volledig bezette arbeidsplaatsen per 1-1-1984

Naam		Ha	Wv	Mw	Fys	Verl	Ap	Ov. hulpv.	Prak. ass.	Ov. onderst.
Afrikaanderwijk	1977	2 (1.4)	1 (0.6)	1 (.3)					3 (1.2)	1 (.3)
Beverwaard	1982	5 (2.6)	2 (1.6)	1 (1)	2 (1.8)		1 (1)		3 (2.5)	3 (2.5)
Feyenoord	1973	6 (5.2)	5 (4.4)	3 (2)	4 (3.2)	1 (.5)		2 (1.1)	4 (2.8)	4 (1.7)
Hoogvliet	1979	3 (1.3)	2 (.6)	2 (.5)	1 (.7)			1 (.2)	1 (1)	
Katendrecht	1981	2 (1.5)	1 (1)	1 (.5)	1 (.5)				2 (1.3)	2 (.3)
Mathenesserlaan (UHI)	1974	3 (1.3)	2 (1.1)	1 (.4)					2 (1.4)	
Mathenesserlaan 309	1976	7 (5.1)	4 (4)	2 (1)	5 (3)	3 (.6)			7 (6)	1 (1)
Onmoord	1972	5 (5)	5 (4.8)	2 (1.8)	4 (3.6)			1 (.5)	5 (3.8)	4 (3.3)
Randweg	1974	5 (4)	4 (3)	1 (1)	2 (1.2)				.5 (.5)	.5 (.5)

Bron: Registratie samenwerkingsverbanden NIVEL

\*Het aantal in gezondheidscentra praktizerende huisartsen (38) is groter dan vermeld in par. 5.1.1. doordat in dit cijfer ook assistent-huisartsen zijn meegeteld.

In 7 van de 9 geregistreerde Rotterdamse gezondheidscentra werken huisartsen wijkgebonden: tenminste 90% van hun patiënten woont in de wijk waar het centrum is gevestigd.

Dat wil niet zeggen dat, omgekeerd, telkens ook alle wijkbewoners bij artsen uit deze 7 gezondheidscentra staan ingeschreven. Slechts bij één centrum is dat grotendeels het geval; bij vier andere echter heeft méér dan de helft van de wijkbewoners een huisarts die niet aan het centrum is verbonden.

In 6 van de 9 centra werken zowel maatschappelijk werkenden als wijkverpleegkundigen uitsluitend voor patiënten die, al dan niet in de wijk wonend, bij één van de huisartsen in het centrum staan ingeschreven. In één centrum werken beide disciplines juist uitsluitend voor wijkbewoners, al dan niet als patiënt bij het centrum geregistreerd, terwijl in twee andere centra door maatschappelijk werk en wijkverpleging in dit opzicht een verschillend beleid wordt gevoerd.

Dat veel vaker praktijk- dan wijkgebonden wordt gewerkt vloeit voort uit de samenstelling van de huisartspraktijken: waar veel patiënten buiten de wijk wonen of waar slechts een klein deel van de wijkbewoners bij de huisartsen uit het centrum staat ingeschreven, heeft een wijkgebonden aanpak - althans uit het oogpunt van samenwerking - weinig zin.

Overige  
samenwerkings-  
verbanden

De twintig andere door de STOEL geregistreeerde samenwerkingsverbanden<sup>30</sup> hebben met elkaar gemeen dat telkens tenminste een of meer huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers met elkaar samenwerken. De vorm waarin dat gebeurt is echter lang niet overal dezelfde: soms is sprake van een home-team (echter nergens vastgelegd in een formele samenwerkingsovereenkomst), soms lijkt de samenwerking meer de vorm te hebben van een (incidenteel bijeengeroepen) eerste lijnsoverleg, waarbinnen bilateraal veel intensiever relaties ontstaan.

Een uitputtend overzicht van samenwerkingsrelaties in Rotterdam is in het bovenstaande natuurlijk niet gegeven. Informele contacten, rond directe hulpverlening of in een sociaal café, onttrekken zich aan nauwkeurige registratie; evenmin wordt recht gedaan aan de initiatieven om samenwerking tussen twee disciplines te verbeteren en kennis van elkaars werk te vergroten: het (twee)maandelijks overleg tussen apothekers en waarnemgroepen van huisartsen, dat op veel plaatsen in de stad voorkomt, is van dat laatste een goed voorbeeld.

Ondersteuning

Op het gebied van de ondersteuning van samenwerking speelt een drietal organisaties een rol in de Rotterdamse eerstelijns:

OSER

De OSER (Overleggroep Samenwerkingsverbanden Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam) is de plaatselijke organisatie van samenwerkingsverbanden, bij welke alle twaalf gezondheidscentra via een intentieverklaring zijn aangesloten. Doel van de OSER is het gezamenlijk overwinnen van moeilijkheden - zowel organisatorisch en financieel als inhoudelijk van aard - die zich voordoen bij pogingen om tot samenwerking te komen. Naast een maandelijkse, plenaire vergadering wordt gewerkt in een werkgroep financiën en in een werkgroep wijkverpleging. In onderhandelingen met SSRK en SMWR is door de OSER de aanzet gegeven tot een model samenwerkingsovereenkomst, die nu door alle centra wordt gebruikt; ook voor de jeugdgezondheidszorg is een dergelijke overeenkomst opgesteld.

STOEL

De STOEL (Stichting Ondersteuningsorgaan Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam) is in 1982 opgericht op initiatief van de OSER, de PHV, de SSRK en de SMWR. Primair stelt de stichting zich tot doel de samenhang en samenwerking in de eerstelijns te initiëren, te ontwikkelen en te ondersteunen. Het uitvoerend werk wordt verricht door 3 stafkrachten (2,4 formatieplaats). In het bestuur van de Stichting zijn naast gebruikers (3 zetels) en onafhankelijke deskundigen (3 zetels) de OSER (3 zetels), de PHV, de SSRK en de SMWR (elk met één zetel) vertegenwoordigd. De gemeente Rotterdam en de SZR behoren tot de adviserende leden.

BER

Het BER (Beleidsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam), opgericht in 1981, is het overlegorgaan van de hulpverlenende instellingen en organisaties. Doel van het BER is te komen tot een gezamenlijke beleidsontwikkeling op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, althans voorzover dat specifiek is gelegen op het gemeenschappelijk terrein van de verschillende disciplines.

## 7.2. Inhoudelijke aspecten

Patiënten  
over samenwerking

In de samenwerking in de eerstelijns speelt de huisarts een centrale rol. Voorzover van patiëntenzijde opmerkingen worden gemaakt over de kwaliteit van de samenwerking, hebben die betrekking op samenwerkingsrelaties die voor de eigen groep van belang zijn en waarin telkens de huisarts één van de partners is: zo zou hij onvoldoende contact hebben met de wijkverpleging (éénmaal genoemd), het maatschappelijk werk (driemaal genoemd) en de fysiotherapie (eveneens driemaal genoemd) en mede daardoor te weinig patiënten naar deze disciplines verwijzen.

Hulpverleners  
over samenwerking

Door instellingen en organisaties van hulpverleners zelf wordt de huisarts ook zonder uitzondering een belangrijke partner in de eerstelijns-samenwerking genoemd, in een enkel geval de enige. Wijkverpleging, fysiotherapie, gezinszorg en in mindere mate het algemeen maatschappelijk werk zijn andere samenwerkingspartners; farmacie, verloskunde, tandheelkunde en logopedie spelen - behalve voor de huisarts - in de samenwerking geen rol van betekenis.

Inhoudelijk doen zich in de verschillende samenwerkingsrelaties in grote lijnen twee verwante problemen voor:

- een onvoldoende kennis van elkaars mogelijkheden;
- een onvoldoende duidelijk afgebakend werkkerrein.

Gebrek aan kennis

Afgezien van het feit dat onbekendheid over elkaars mogelijkheden in z'n algemeenheid door een enkele organisatie als een belangrijk knelpunt in de samenwerking wordt gezien, doet een dergelijk gebrek aan kennis zich in een viertal relaties voelen:

- SSRK, SMWR en NVLF menen dat nogal wat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van de specifieke deskundigheid van respectievelijk wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, en logopedisten;
- sommige wijkverpleegkundigen hebben - volgens de SSRK - onvoldoende zicht op de verschillende mogelijkheden van het algemeen maatschappelijk werk.

Overlappen  
van taken

Belangrijker nog dan een - te verhelpen - gebrek aan kennis is het feit dat de taken van de verschillende disciplines elkaar wellicht niet in theorie, maar wel in de praktijk voor een belangrijk deel overlappen.

Medische, paramedische, verpleegkundige, psychosociale en huishoudelijke aspecten van de hulpverlening blijken niet zo eenvoudig van elkaar te scheiden te zijn als die termen zouden doen vermoeden. Bovendien rekent vrijwel iedere discipline 'begeleiding' van patiënten of cliënten tot haar taak.

Uit deze onduidelijkheid voortkomende 'grensgeschillen' spelen nadrukkelijk een rol in de samenwerking tussen:

- huisarts en wijkverpleging (preventieve taken);
- huisarts en algemeen maatschappelijk werk (proce-  
matige begeleiding van patiënten);
- wijkverpleging en maatschappelijk werk (begeleiding  
van patiënten);
- wijkverpleging en gezinsverzorging (verzorging en  
begeleiding van patiënten).

Daarnaast hebben fysiotherapeuten de indruk dat huis-  
artsen patiënten in acute situaties (ongevallen) soms  
te laat verwijzen.

Van de vaak gememoreerde 'slag om de verloskundige  
markt' is in Rotterdam geen sprake: huisartsen verrich-  
ten geen bevallingen en in de begeleiding van patiënten  
zijn, volgens de NOV, verloskundige en medische aspec-  
ten strikt van elkaar gescheiden.

## Oplossingen

Voor de gesignaleerde inhoudelijke problemen in de  
samenwerking - tekorten in kennis en elkaar overlappen-  
de takenpakketten - komt uit gesprekken met hulpverle-  
nende instellingen en organisaties een aantal oplos-  
singen naar voren:

- door wijkgericht te werken is er directer contact  
tussen hulpverleners mogelijk; wie dat wil - want  
bereidheid blijft belangrijk - kan de mogelijkheden  
van een ander daardoor beter leren kennen en behande-  
ling van patiënten afstemmen op wat een ander doet;<sup>31</sup>
- tijdens de opleiding kan méér aandacht aan het werk  
van andere disciplines worden besteed, bijvoorbeeld  
door het volgen van stages;
- een verdere standaardisering van de takenpakketten  
kan onduidelijkheden wegnemen en verschillen in op-  
vatting tussen disciplines zichtbaar maken;<sup>32</sup>
- op beleidsniveau kan tussen de disciplines overeen-  
stemming over een taakafbakening worden bereikt en  
door de instellingen kan aan uitvoerende werkers be-  
geleiding worden gegeven. Een voorbeeld daarvan is  
een werkgroep samenwerking, waarin stafmedewerkers  
van de STOEL, de SMWR, en de SSRK zitting hebben.<sup>33</sup>

### 7.3. Organisatorische aspecten

In de discussie die in Rotterdam - zoals elders - wordt gevoerd over een nieuwe structuur van de eerstelijns- (gezondheids)zorg spelen twee aspecten een rol: de verschillende financieringsstromen en - belangrijk voor de samenwerking - het feit dat de patiëntenbestanden van de verschillende hulpverleners zelden met elkaar samenvallen.

#### Financiering

Over de verschillende financieringsstromen wordt door de diverse gesprekspartners weinig gezegd. Voor patiëntenorganisaties is het geen reden tot zorg en ook door de organisaties van hulpverleners wordt het probleem niet aangeroerd of wordt het gewicht dat eraan wordt toegekend overdreven genoemd.

De gemeente daarentegen noemt het bestaan van 'schotten' tussen de financieringsstromen een groot probleem en voelt zich daardoor beperkt in de beleidsruimte. Van de politieke partijen spreekt de PvdA zich uit voor bestuurlijke pogingen om de geldstromen te reguleren; het feit dat in de gezondheidszorg veel privé-geld omgaat (honoraria van vrij gevestigde hulpverleners) wordt gezien als een belangrijk struikelblok.

#### Afstemming werkgebieden

Speelt de versnipperde financiering vooral een rol op beleidsniveau, het niet op elkaar afgestemd zijn van werkgebieden is juist in de praktijk van de hulpverlening goed te merken: samenwerking vereist daardoor dikwijls overleg met een groot aantal hulpverleners. De noodzaak om tot een betere afstemming te komen wordt dan ook van verschillende kanten onderschreven, onder de hulpverlenende instanties met name door PHV, SSRK en RRG.

In de discussie over dit probleem spelen twee recent verschenen nota's een rol:<sup>34</sup>

#### Gemeente

De gemeente stelt in de Nota Eerstelijns (gezondheids)zorg voor om de stad in te delen in verzorgingsgebieden voor de eerstelijns, die zo groot zijn dat verschillende functies daarin tot hun recht komen en zo klein dat ze herkenbaar zijn voor cliënt of patiënt en het aantal werkers in ieder gebied beperkt blijft. Het wordt 'praktisch' genoemd bij het ontwerpen van een indeling uit te gaan van de werkgebieden van de drie Rotterdamse RIAGG's <sup>35</sup>, met daarbinnen nadere indelingen voor de verschillende voorzieningen. Daarbij zou aansluiting gezocht moeten worden bij de indeling van de stad in deelgemeenten en wijken.

#### PHV

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging pleit voor een indeling van de stad in gezondheidsregio's met tussen de 25.000 en 50.000 inwoners. Deze indeling zou gebaseerd moeten zijn op noodzakelijk geachte voorzieningen - niet op de bestaande bestuurlijke indeling - en zou moeten aansluiten bij die in



praktijk- en waarneemgebieden van huisartsen en verzorgingsgebieden van de SSRK.

OSER/STOEL

In commentaar op plannen van gemeente en PHV wordt door OSER en STOEL benadrukt dat een indeling in regio's - ook door hen gewenst - niet voorbij mag gaan aan bestaande samenwerkingsverbanden en aan de verschillen tussen de wijken onderling. Voorkomen moet worden dat een blauwdruk aan 'het veld' wordt opgelegd.

Afgezien van de vraag hoe een indeling in regio's tot stand moet komen en waar de grenzen zullen komen te liggen, is een aantal punten in dit opzicht van belang:

Relativering

1. Het belang van samenwerking moet niet worden overdreven. Vrij algemeen is onder hulpverlenende organisaties de opvatting dat lang niet altijd rond hulpverlening aan individuele patiënten met andere disciplines hoeft te worden samengewerkt.<sup>36</sup> Anderzijds is samenwerking met andere echelons in de gezondheidszorg of met andere velden van maatschappelijke dienstverlening van veel belang; voor de SMWR bijvoorbeeld is de 'thuiszorg' slechts van betrekkelijke waarde.

Patiënten

2. Patiënten benadrukken, voor zover zij zich over het onderwerp uitlaten, dat het recht van een vrije artskeuze bij maatregelen om werkgebieden op elkaar af te stemmen moet worden gegarandeerd. Hoewel de meeste organisaties wijkgerichte hulpverlening wensen, mag deze alleen op basis van vrijwilligheid tot stand komen. Kwaliteiten van een huisarts (antroposofisch werkend, een bepaald geloof aanhangend, van buitenlandse afkomst of veel geprezen in zijn omgang met migranten) of de aard van de relatie tussen arts en patiënt kunnen er de reden van zijn dat een patiënt een arts buiten de eigen wijk kiest of, bij een verhuizing, aanhoudt.

Hulpverlening  
niet altijd  
wijkgebonden

3. Vrije keuze van hulpverleners wordt ook benadrukt door de organisaties van fysiotherapeuten, apothekers en verloskundigen. Aan het tot stand komen van afgegrensde verzorgingsgebieden wordt door deze organisaties niet zwaar getild. Immers:

- . patiënten van fysiotherapeuten willen dikwijls liever in de buurt van hun werk worden geholpen, of kiezen voor een therapeut met specialistische kennis;
- . overleg tussen apothekers en huisartsen is dikwijls van algemene aard en niet specifiek gericht op de behandeling van individuele patiënten;
- . contact van een patiënt met een verloskundige is zó incidenteel dat daaraan geen belemmeringen hoeven te worden gelegd.

Ook de in Rotterdamse verhoudingen oppositionele partijen zien in wijkgerichtheid geen noodzakelijke voorwaarde voor samenwerking (CDA) of wijzen een stringente indeling in verzorgingsgebieden af (VVD).

Loyaliteits-  
conflict

4. Door intensieve samenwerking in de wijk kunnen hulpverleners in een loyaliteitsconflict komen tussen enerzijds de eigen discipline, anderzijds de collega's in het samenwerkingsverband. Waar hulpverleners in dienst zijn van een instelling, kan dat leiden tot conflicten met de werkgever.<sup>37</sup>

Voorwaarden

5. Werken in dezelfde wijk leidt niet vanzelf tot samenwerking. Daartoe is de bereidheid nodig om de eerder genoemde inhoudelijke problemen ter discussie te stellen; ook zal de mate van samenwerking afhangen van de mate waarin hulpverleners binnen één wijk hun patiëntenbestanden op elkaar hebben afgestemd.

#### 7.4. Ondersteuning

Contact ontbreekt

In de ondersteuning van samenwerking is de onduidelijke taakafbakening tussen STOEL en BER en het ontbreken van contact tussen beide organisaties een belangrijk knelpunt.

BER

Uit gesprekken met de hulpverlenende organisaties blijkt dat het BER voor hen - met wisselende nadruk - een viertal functies heeft:

- . *Informatie-uitwisseling* wordt met name benadrukt door de KNMP en de SMWR, voor welke laatste het BER nadrukkelijk geen rol in beleidsvoering zou behoren te spelen.
- . *Beleidsafstemming* wordt met name benadrukt door de SSRK en de RRG.
- . *Gezamenlijke belangenbehartiging* ten opzichte van de gemeente, nu of in de toekomst, wordt met name benadrukt door NOV en NMT.
- . *Eigen belangenbehartiging* ten opzichte van de andere disciplines wordt met name benadrukt door de NVLF.

Voor de PHV en de PFVR lopen de functies in gelijke mate door elkaar.

Door een enkele participant, maar ook door buitenstaanders (CDA, STOEL), wordt opgemerkt dat het BER slecht 'in het veld' doordringt.

STOEL

De functie van de STOEL wordt vooral gezien in het ondersteunen van (beginnende) samenwerkingsverbanden. Terwijl met name de SMWR de stichting ook een taak toekent in het vormgeven aan beleid, is dat voor de STOEL zelf nog onderwerp van discussie. Door een enkele organisatie (CDA) wordt opgemerkt dat de afstand tot het veld klein is.

OSER

De taak van de OSER - overleg bevorderen tussen samenwerkingsverbanden - wordt niet ter discussie gesteld.

Relatie  
ondersteuning  
en beleid

De relatie tussen STOEL en BER is een ongemakkelijke. Hoewel drie van de vier kerndisciplines in beide organisaties zijn vertegenwoordigd, is van onderling overleg geen sprake. Conflicten rond de oprichting van de STOEL spelen daarin een rol, terwijl ook - zeker waar het gaat om beleid - onenigheid bestaat over de afbakening van taken.

Vrij algemeen wordt dat gebrek aan samenwerking betreurd; met name de drie politieke partijen en de gemeente dringen erop aan dat op enigerlei wijze een relatie tussen BER en STOEL wordt gelegd.

In de nog te voeren discussie over de manier waarop daaraan vorm moet worden gegeven, speelt de vraag een rol of ondersteuning en beleid al dan niet in één organisatie gebundeld zouden moeten worden. Voor een bundeling pleit dat signalen 'uit het veld' daardoor eerder in beleidsmaatregelen vertaald zouden kunnen worden; tegen bundeling pleit de gedachte dat ontwikkeling en beleidsafstemming moeilijk te verenigen activiteiten zijn.<sup>38</sup>

#### 7.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een aantal knelpunten in de samenwerking tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines aan de orde gesteld:

- een gebrek aan kennis van elkaars mogelijkheden;
- een onvoldoende afbakening van taken;
- het bestaan van verschillende financieringsstromen;
- het niet op elkaar afgestemd zijn van werkgebieden;
- onvoldoende samenwerking tussen beleidsplatform en ondersteuningsorgaan.

Volledig is dit lijstje zeker niet; een meer gedetailleerd beeld is in het kader van dit onderzoek echter niet mogelijk. In Rotterdam wordt momenteel op meerdere manieren getracht de samenwerking en de problemen die zich daarin voordoen beter in kaart te brengen:

- de gemeente maakt voor intern gebruik een inventarisatie van de samenwerking in de stad, als voorbereiding op het in de Nota Eerstelijns(gezondheids)zorg aangekondigde Project Eerstelijnszorg, dat in feite ook is bedoeld om, door middel van experimenten, problemen en knelpunten op te sporen en oplossingen aan te geven;
- de OSER werkt aan een 'OSER-werkboek', waarin van te inventariseren knelpunten zal worden aangegeven hoe zwaar ze wegen, hoe vaak te voorkomen en welke oplossingen er zijn.
- de Nota Thuiszorg van het BER, opgesteld door de vier kerndisciplines, geeft een gezamenlijke visie op samenwerking.

Duidelijk is inmiddels wél dat aan problemen in de samenwerking - hoe reëel ook - ook weer niet ál te veel gewicht moet worden toegekend. Lang niet altijd is samenwerking per se nodig, lang niet alle hulpverleners willen wijkgebonden werken en in de directe hulpverlening zijn mogelijke gebreken in de samenwerking voor de patiënt zelf maar zeer ten dele merkbaar.

## 8. SAMENWERKING TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJK

Tweedelijns- gezondheidszorg	In een indeling van de gezondheidszorg in twee of drie echelons wordt de specialistische hulp in algemene en categoriale ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en ambulante geestelijke gezondheidszorg doorgaans tot de tweedelijnsgezondheidszorg gerekend. <sup>39</sup> Op knelpunten in de hulpverlening in de tweedelijns gaan wij in dit rapport niet in; evenmin past in dit kader een cijfermatig overzicht van in Rotterdam bestaande tweedelijnsvoorzieningen. <sup>40</sup> In dit hoofdstuk beperken wij ons dan ook tot een beschrijving van de knelpunten in de relatie tussen eerste- en tweedelijns.
Beleid	In aansluiting op landelijk beleid stelt ook de gemeente Rotterdam zich blijkens de Nota Eerstelijns(gezondheids)zorg tot doel om: <ul style="list-style-type: none"><li>- meer samenhang en samenwerking tussen eerste- en tweedelijns te realiseren en</li><li>- het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen in de richting van de eerstelijns te verschuiven.</li></ul>
Consequenties voor de eerstelijns	De laatste doelstelling wordt van verschillende kanten met de nodige argwaan bekeken. Men vreest een aanzienlijke taakverzwaring van de eerstelijnszorg, zonder dat daar een evenredige versterking van de eerstelijns tegenover zal staan (PHV, RRG, STOEL). Daarnaast vraagt de RRG zich, daarin gevolgd door het CDA, af of een verdere afbouw van tweedelijnsvoorzieningen wel door de patiënt wordt gewenst.
<u>8.1. Problemen in de samenwerking</u>	
In de onderlinge relatie tussen eerste- en tweedelijns doen zich in meerdere of mindere mate problemen voor in: <ul style="list-style-type: none"><li>- het verwijzen van patiënten van eerste- naar tweedelijns;</li><li>- het overleg tussen hulpverleners over verwezen patiënten;</li><li>- de nazorg aan patiënten na specialistische behandeling of opname.</li></ul> Ook het ontbreken van tussenvoorzieningen tussen eerste- en tweedelijns wordt als een knelpunt ervaren.	
Verwijzen	Of patiënten - in globale termen gesproken - voor behandeling van hun ziekte een beroep doen op eerste- of tweedelijns hangt, zoals we zagen in paragraaf 5.1.2., sterk af van de aard van hun klacht. Ervaringen van patiënten met het verwijsgedrag van hun huisarts zijn dermate wisselend dat een globaal beeld niet kan worden gegeven. Door hyperventilatiepatiënten en door de Cliëntenbond in de GGZ wordt de

doorsnee huisarts een zeker automatisme verweten in het uitschrijven van een verwijskaart.

#### Overleg

Overleg tussen huisarts en specialist is voor een aantal patiëntenorganisaties een belangrijke voorwaarde voor het verkrijgen van een goede begeleiding door de huisarts. De soms late berichtgeving van de specialist is in dit verband een knelpunt, dat ook landelijk de aandacht heeft (WVC, 1983). Meer informatie over behandeling in de tweedelijns is nodig; ook zou meer aandacht aan consultatie moeten worden besteed (VVD).

#### Nazorg na behandeling

In de nazorg aan patiënten die onder specialistische behandeling zijn geweest, kan sprake zijn van een zekere concurrentie tussen eerste- en tweedelijnsvoorzieningen. Dergelijke 'grensgeschillen' doen zich voor in de medische begeleiding van ingestelde diabetespatiënten (in de ogen van patiënten dikwijls ten onrechte door de specialist gedaan), in door een specialist voorgeschreven fysiotherapeutische behandeling van ambulante patiënten (dikwijls uitgevoerd in de polikliniek van een ziekenhuis) en in de nazorg aan stomapatiënten (voor een groot deel uitgevoerd door de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt).

#### Nazorg na opname

De nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen en nog zorg behoevende patiënten, wordt door een drietal categoriale patiëntenorganisaties - van rheuma-, afasie- en stomapatiënten - onvoldoende genoemd. Knelpunten zijn een gebrek aan psychische opvang en onvoldoende hulp bij ontslag op vrijdag. Ook wordt de behoefte van de patiënt aan hulp niet altijd in het ziekenhuis gezien.

De instellingen van kruiswerk en gezinsverzorging achten de afstemming tussen ziekenhuis en eerstelijns eveneens onvoldoende; behoefte aan zorg wordt daardoor niet altijd (tijdig) doorgegeven.

De oorzaak van de gesignaleerde communicatiestoornis kan liggen in:

- het verdwijnen, in de ziekenhuizen, van een aanspreekbare contactpersoon;
- het in sommige ziekenhuizen passeren van het eigen maatschappelijk werk om nazorg te regelen.

Overigens is, ook bij een plotselinge thuisplaatsing, hulp altijd direct of binnen korte tijd te realiseren.

#### Ontslag op vrijdag

Bij ontslag op vrijdag is - door het ontbreken van een 7 x 24 uren-bereikbaarheid - gezinsverzorging niet direct beschikbaar. Verpleegkundige zorg kan wél direct worden verleend, zij het niet altijd door de eigen wijkverpleegkundige. Ook kunnen in de weekeinden hulpmiddelen alleen worden uitgeleend voorzover de betrokken basiseenheid daar zelf over beschikt. Door de KNMP wordt erop aangedrongen dat de patiënt bij ontslag op vrijdag voldoende medicijnen meekrijgt of dat anders de apotheker tijdig op de hoogte wordt gesteld.

Tussen-  
voorzieningen

In de behandeling van chronisch zieke en bejaarde patiënten wordt door verschillende organisaties gepleit voor een uitbreiding van tussenvoorzieningen tussen eerste- en tweedelij.

Voor chronisch zieken kan daarbij worden gedacht aan dagopvang; wat betreft bejaarden wordt in het zogenoemde flankerend beleid momenteel aan bewoners in de directe omgeving van verzorgingstehuizen de mogelijkheid geboden van de voorzieningen daar gebruik te maken.

Het gesignaleerde probleem dat in de tehuizen zelf te weinig capaciteit is voor hulpverlening aan niet-bewoners kan worden opgevangen door een goede samenwerking te creëren met eerstelijns-hulpverleners. Op een aantal plaatsen in de stad zijn experimenten in die richting gaande.

ELGZ-AGGZ

In de relatie tussen eerstelijns en ambulante geestelijke gezondheidszorg, die naar de mening van een drietal patiëntenorganisaties slecht op elkaar aansluiten, spelen volgens het maatschappelijk werk twee problemen:

- onduidelijkheid in de taakomschrijving;
- de grootschaligheid van de RIAGG's, waardoor zij voor hulpverleners in de eerstelijns geen persoonlijk gezicht meer hebben.

Voorzover er sprake is van overleg varieert dat per gebied; van geformaliseerd overleg is geen sprake. Uit recent landelijk onderzoek blijkt dat de eerstelijns op het gebied van preventie, diagnostiek, behandeling en verwijzing ondersteuning vanuit de AGGZ kan gebruiken, maar het om verschillende redenen zelden krijgt (Smits e.a., 1984).

## 8.2. Naar mogelijke oplossingen

Weinig concrete  
initiatieven

Afgezien van de eerder genoemde experimenten rond enkele verpleeg- of verzorgingstehuizen is in Rotterdam nauwelijks sprake van uitgewerkte initiatieven om de problemen in de relatie tussen eerste- en tweedelijns op te lossen.

Wel zijn gedachten ontwikkeld en gesprekken op gang gekomen:

PHV

- de PHV verwacht, blijkens de recent verschenen notitie over de eerstelijnsgezondheidszorg, dat in een afstemming van eerste- en tweedelijns (met een grote nadruk op volledige en snelle wederzijdse informatie)'(haast) automatische toetsings- en nascholingsmomenten' zullen ontstaan, die de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren;

Regionale Commissie  
Gezondheidszorg

- in de Regionale Commissie Gezondheidszorg, waarin (vertegenwoordigers van) ziekenfonds, huisartsen, tandartsen, apothekers, ziekenhuizen en specialisten zitting hebben, wordt in toenemende mate aandacht besteed aan het bespreken van elkaars standpunten ten opzichte van samenwerking; ook vindt informeel overleg plaats tussen ziekenfonds, huisartsen en specialisten.

- SZR - de SZR heeft enerzijds- via adviserend verpleegkundigen - contacten met de ziekenhuizen om te komen tot een aanpassing van ontslagprocedures (waardoor ontslag zo vroeg mogelijk te voorzien zal zijn), anderzijds met gezinszorg, wijkverpleging en GGD om in de eerstelijns mogelijkheden voor een goede nazorg te vergroten;
- PvdA - de PvdA stelt voor om zowel in eerste- als tweede- lijn functionarissen aan te stellen om de samenwerking te begeleiden. Een betere organisatie van de eerstelijns wordt daarbij - evenals door de gemeente - een noodzakelijke voorwaarde genoemd.
- SSRK In dit verband is ook het weer actief zijn van een 'nazorgfunctionaris' (functionaris 'continuïteit van zorg') bij de SSRK van belang.
- Basisberaad - op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, tenslotte, speelt het Basisberaad GGZ een zekere coördinerende rol.

### 8.3. Samenvatting

Knelpunten in de samenwerking tussen eerste- en tweede- lijn zijn:

- een gebrekkige communicatie tussen huisarts en specialist;
- onvoldoende afstemming van de zorg na een ziekenhuisopname, mede door het ontbreken, bij de gezinsverzorging, van een 7 x 24 uurs-bereikbaarheid;
- het ontbreken van voldoende tussenvoorzieningen voor chronisch zieken en bejaarden.

Hoewel op verschillende niveaus sprake is van overleg, zijn, met uitzondering van enkele initiatieven rond verpleeg- en verzorgingstehuizen, (nog) geen concrete maatregelen ter verbetering genomen.



## 9. PATIENTENORGANISATIES EN DE EERSTELIJN

Veel  
organisaties

Rotterdam telt een groot aantal patiëntenorganisaties, deels zelfstandige groepen, deels plaatselijke of regionale afdelingen van landelijke organisaties. Een exact getal is moeilijk te noemen, omdat groepen ontstaan en weer verdwijnen of zich buiten iedere publiciteit houden; ook is het onderscheid tussen patiëntenorganisaties en andere, meer algemene organisaties niet altijd even goed te maken.

Een indicatie van de omvang van de patiëntenbeweging in de stad geeft de inventarisatie die wij maakten in het voorjaar van 1984. Daarin telden wij 79 organisaties, waaronder zich echter ook opgeheven organisaties bleken te bevinden en organisaties die bij nader inzien niet als patiëntenorganisaties konden worden aangeduid. Tellen we die niet mee, dan kent Rotterdam:

- 8 algemene patiëntenorganisaties;
- 22 categoriale patiëntenorganisaties;
- 19 gehandicapten- en ouderorganisaties;
- 12 zelfhulpgroepen<sup>41</sup>

Daarnaast kan de gezondheidswinkel - inmiddels weer in oprichting - tot de (thematische) patiëntenorganisaties worden gerekend en participeren in besturen van enkele gezondheidscentra (Beverwaard bijvoorbeeld) gebruikers in het bestuur, echter zonder dat daarbij sprake is van een gebruikersorganisatie.

Weinig  
bundeling

Van een bundeling van activiteiten is op bescheiden schaal sprake. Twee initiatieven verdienen de aandacht:

- sinds ruim een jaar wordt door enkele organisaties gepraat over de oprichting van een patiëntenplatform;
- in de Vereniging Gehandicaptenorganisaties Rotterdam (VGR) werken enerzijds categoriale patiëntenorganisaties en anderzijds gehandicaptenorganisaties met elkaar samen;

In dit hoofdstuk komen drie onderwerpen aan de orde:

- de activiteiten van de patiëntenorganisaties;
- contacten tussen deze organisaties en de eerstelijns- (gezondheids)zorg;
- de relatie tussen deze organisaties en het beleid.

Wij zullen ons beperken tot de 25 patiëntenorganisaties die bij het onderzoek werden betrokken.

### 9.1. Activiteiten van patiëntenorganisaties

Verschillende  
activiteiten

Activiteiten van patiëntenorganisaties zijn zeer verschillend van aard. Tabel 9.1. geeft daarvan een overzicht, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen:

Tabel 9.1.: Vrijwillige hulpverlening binnen patiëntenorganisaties in Rotterdam

Activiteit Organisatie	Ledenvergadering	Voorl. bijeenkomsten	Gezelligh. bijeenk./soos	Werkgroepen	Gespreksgroepen	Oefengroepen	Telef. hulp of info	Wijkcontact	Huisbezoek	Creatieve cursussen	Uitstapjes/vakantie
Afrikaanderwijk	x		x						x		
Helianth		x							x		
Oude Westen	x										
Gezondheidswinkel 1)	x						x	x			
Astma (VbbA)		x			x		x		x		
Diabetes		x					x	x			
Psoriasis		x									
Rheuma		x	x				x		x	x	x
MS		x	x		x		x		x		
Parkinson	x				x						
Afasie			x		x		x				x
Migraine	x						x				
Clïëntenbond	x			x							
Stoma		x							x		
Hyperventilatie					x	x	x				
ANIB	x						x				
NVVS (Slechth.)	x					x	x		x		x
NVBS (Blinden/slechtz.)	x	x	x		x	x			x	x	x
Platform WAO/AAW 2)	zie noot										
BOSK	x				x		x				
Dit Koningskind	x				x			x			x
Phoenix							x				
Anonieme Families					x		x				
Werkgroep Borstkanker					x		x		x		
Vrouwen bellen vrouwen 3)				x			x				

- 1) De Gezondheidswinkel (inmiddels weer in oprichting) is een project van het Centrum voor Vrijwilligers.
- 2) Activiteiten van het Platform zijn: bemiddelen en onderhandelen met de GMD, individuele belangenbehartiging, 'steunfunctie' voor de aangesloten groepen, opstellen van politieke eisen, organiseren van cursussen. De aangesloten groepen variëren in de nadruk die op gezelligheid of belangenbehartiging wordt gelegd.
- 3) Vrouwen bellen vrouwen biedt telefonische hulp aan - in principe - alle vrouwen; de groep zelf kent enkele werkgroepen en organiseert themaweekenden.

- ledenvergaderingen, met een wisselend karakter, soms huishoudelijk van aard, soms meer informatief of gericht op gezelligheid;
- voorlichtingsbijeenkomsten;
- activiteiten gericht op gezelligheid, zoals het draaiend houden van een sociëteit;
- werkgroepen;
- gespreksgroepen, waaronder ook worden opgevat huisbijeenkomsten en het contact dat door de organisatie tussen individuele leden wordt gelegd;
- oefengroepen, waaronder eveneens het door de organisatie gestimuleerde gezamenlijk ondernemen van moeilijke dingen;
- telefonische hulp en informatie door regionale contactpersonen;
- hulp en informatie door contactpersonen in de wijk;
- (zieken)huisbezoek;
- creatieve cursussen;
- uitstapjes en vakantieweken.

Van de categoriale organisaties en de gehandicapten- en ouderorganisaties zijn alleen de activiteiten van de plaatselijke afdeling in het schema opgenomen.

Veel voorkomende activiteiten zijn, afgezien van ledenvergaderingen, het beleggen van voorlichtingsbijeenkomsten, het formeren en draaiend houden van gespreksgroepen, het geven van telefonische hulp en informatie en het bezoeken van patiënten thuis of in het ziekenhuis. In de praktijk doet zich rond deze activiteiten een aantal problemen voor:

Voorlichting

- hulpverleners die bereid zijn hun medewerking te verlenen aan voorlichtingsbijeenkomsten zijn soms moeilijk te vinden;

Gespreksgroepen

- patiënten zijn moeilijk te motiveren om blijvend energie te steken in het onderling uitwisselen van ervaringen. In een aantal gevallen is de frequentie van bijeenkomsten van gespreksgroepen laag of de opkomst teleurstellend;

Telefonische hulp

- telefonische hulpverlening, waarin de hulpvrager anoniem kan blijven en die minder inspanning vereist dan deelname aan een gespreksgroep, voorziet in een grote behoefte. Voor de actieve leden van de organisaties vormt de hulp echter een zware belasting; dit geldt eveneens voor het thuis of in het ziekenhuis bezoeken van patiënten.

Huisbezoek

## 9.2. Samenwerking tussen patiëntenorganisaties en hulpverleners

In theorie is samenwerking tussen patiëntenorganisaties en eerstelijnsverleners op drie manieren mogelijk:

- hulpverleners geven bekendheid aan de activiteiten van de organisaties;
- hulpverleners leveren een bijdrage aan de activiteiten van de organisaties;
- hulpverleners voeren met de organisaties overleg over de specifieke problemen in de behandeling of begeleiding van groepen patiënten en cliënten en trachten daarvoor oplossingen te vinden.

In de wijken

Voor het onderhouden van contacten met hulpverleners verkeren de wijk- of praktijkgebonden patiëntenorganisaties in de meest gunstige situatie: hulpverleners en actieve patiënten kennen elkaar en weten welke problemen in de wijk of praktijk spelen. Daardoor kunnen gezamenlijke activiteiten rond die problemen van de grond komen (Oude Westen), kunnen hulpverleners een beroep doen op de organisatie als buurtbewoners hulp en aandacht nodig hebben (Afrikaanderwijk) of zijn patiënten in de gelegenheid organisatorische problemen in de praktijkvoering in geformaliseerd overleg met de hulpverleners te bespreken (Helianth). Van invloed op de inhoud van de hulpverlening is ook bij de hier genoemde algemene patiëntenorganisaties echter geen sprake.

'Verwijzen' van patiënten

Voor categoriale patiëntenorganisaties is het moeilijker om de weg naar de hulpverlening te vinden. De meeste van deze organisaties zijn ontevreden over de mate waarin hulpverleners - en daarmee wordt vaak bedoeld: de huisarts - bekendheid geven aan de activiteiten van de organisatie en patiënten wijzen op het bestaan daarvan. Van de 22 niet-wijk- of praktijkgebonden organisaties zeggen er 19 dat dat zelden of nooit gebeurt. Wel zouden huisartsen, en ook maatschappelijk werkers, patiënten naar de organisatie verwijzen op het moment dat zij zelf in de hulpverlening dreigen vast te lopen. Om de bekendheid te vergroten lijkt het verspreiden van foldermateriaal weinig zoden aan de dijk te zetten; voor zover patiëntenorganisaties daarmee ervaring hebben is men weinig optimistisch over de resultaten. Vaker echter wordt voorlichtingsmateriaal in de wachtkamer van de eigen huisarts neergelegd.

Deelname aan activiteiten

Dat het soms moeite kost hulpverleners bereid te vinden mee te doen aan voorlichtingsbijeenkomsten is al gemeenterd. Maar ook de respons op uitnodigingen voor bijeenkomsten of symposia die door de organisaties worden georganiseerd laat volgens enkelen te wensen over. In dit verband wordt van hulpverleners - met name van het maatschappelijk werk - ook een grotere betrokkenheid verwacht in de begeleiding van actieve patiënten die telefonische hulpverlening verzorgen.

Overleg over  
hulpverlening

Van overleg over problemen in de behandeling of begeleiding van patiënten is alleen incidenteel sprake, als actieve patiënten daarover met hun eigen huisarts in gesprek gaan. Meer gestructureerd overleg komt zelden of nooit voor. Sommige patiëntenorganisaties voelen zich in toenaderingspogingen gefrustreerd en zeggen als 'bemoeials', 'betweters' of - in het gunstigste geval - als 'leken' te worden gezien. Andere weten eenvoudig de weg niet en zijn bijvoorbeeld niet op de hoogte van het bestaan van organisaties als de PHV.

Vraag naar  
contact

Op een enkele uitzondering na zeggen de verschillende organisaties wel nadrukkelijk behoefte te hebben aan intensiever contact<sup>42</sup>; vooral met huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgsters zou overleg op prijs worden gesteld, om eventuele lacunes in de kennis over ziektebeelden en handicaps weg te nemen.<sup>43</sup> Van een anti-professionele houding kan dan ook niet gesproken worden, hetgeen de resultaten van eerder onderzoek onder patiëntenorganisaties bevestigt (Geelen, 1981).

Hulpverleners

De verschillende hulpverlenende organisaties staan niet onwelwillend tegenover het intensiveren van contacten met patiëntenorganisaties. Wel worden twee problemen genoemd:

- kosten, tijd en plaats van activiteiten van de organisaties kunnen een belemmering vormen voor deelname (SSRK);
- de versnippering van de patiëntenbeweging in een groot aantal (kleine) patiëntenorganisaties maakt het onderhouden van contact moeilijk te realiseren (PHV).

### 9.3. Patiëntenorganisaties en beleid

Sinds enkele jaren fungeert de patiënt in ambtelijke nota's als een belangrijke participant in de gezondheidszorg (VOMIL, 1981; WVC, 1983). Ook de gemeente Rotterdam hecht, blijkens de Nota Eerstelijns(gezondheids)zorg, waarde aan een grotere betrokkenheid van de 'gebruiker'.

Participatie van patiënten zou kunnen leiden tot:

- een grotere betrokkenheid bij gezondheidszorgvoorzieningen in de eigen buurt of wijk;
- een grotere betrokkenheid bij het gemeentelijk beleid.

Van beide is in Rotterdam nog nauwelijks sprake.

Wijkniveau

In de buurten of wijken is gezondheidszorg vrijwel nergens een onderwerp waarmee bewonersorganisaties zich expliciet bezighouden. Voor zover bekend vormen de drie bij ons onderzoek betrokken organisaties daarvan - op heel verschillende manieren - de enige voorbeelden.

Stedelijk  
niveau

Wat betreft het stedelijk beleid speelt een rol dat:

- bestaande, meest categoriale, patiëntenorganisaties nauwelijks geïnteresseerd zijn in organisatorische en structurele problemen;
- van enige bundeling vrijwel geen sprake is.

Algemeen geldt dat het 'runnen' van de eigen organisatie de actieve leden - alleen vrijwilliger en velen patiënt - al zoveel tijd en energie kost, dat voor andere activiteiten weinig overblijft.

De moeizame start van het patiëntenplatform is van dat laatste een in het oog springend voorbeeld.

PvdA

Om de participatie van patiënten te vergroten stelt de PvdA voor om, analoog aan hetgeen op het gebied van de stadsvernieuwing is gebeurd, in de wijken de contacten tussen eerstelijns en bewonersorganisaties te intensiveren. Voor deskundigheidsbevordering van deze organisaties zouden - 'budgetair neutraal' - financiële middelen ter beschikking gesteld moeten worden.

Gemeente

De gemeente zal in de uitwerking van de Nota Eerstelijns-(gezondheids)zorg aandacht besteden aan de inbreng van patiënten. Financiering van het patiëntenplatform-in-oprichting is voorlopig afgewezen, maar kan weer in de discussie worden opgenomen.

#### 9.4. Samenvatting

Patiëntenorganisaties in Rotterdam - grotendeels afdelingen van landelijke organisaties van chronisch zieken en gehandicapten - ondernemen tal van activiteiten. Het geven van voorlichting en telefonische hulp en informatie, het organiseren van gespreksgroepen en het bezoeken van patiënten zijn daarvan de belangrijkste. Hoewel de organisaties voor het overgrote deel zeggen behoefte te hebben aan intensiever contact met hulpverleners en hun organisaties, is daarvan in de praktijk nauwelijks sprake. Voor de patiënten is de hulpverlening in dit opzicht onbereikbaar, voor de hulpverleners speelt gebrek aan tijd en ook versnippering van de patiëntenbeweging een belemmerende rol.

In vraagstukken van beleid zijn de bestaande categoriale patiëntenorganisaties nauwelijks geïnteresseerd; bovendien ontbreekt het actieve leden aan de energie om aandacht te besteden aan zaken buiten de directe doelstellingen van de eigen organisatie. Ervaringen met het patiëntenplatform-in-oprichting wijzen erop dat, wil bundeling tot stand komen en wil een ook voor het beleid aanspreekbare patiëntenorganisatie ontstaan, ondersteuning, ook financieel, nodig is.

Op wijkniveau is evenmin sprake van brede participatie. Bewonersorganisaties zouden in dit verband wellicht een grotere rol kunnen gaan spelen.

## 10. KLACHTEN

Wie ontevreden is over behandeling of verzorging en daarover een klacht wil indienen, kan bij verschillende instanties terecht:

- het medisch tuchtcollege;
- de inspectie van de volksgezondheid;
- de beroepsorganisaties;
- het ziekenfonds;
- de burgerlijke rechter;
- andere instanties.

### Medisch tuchtcollege

Van de bij ons onderzoek betrokken hulpverleners vallen de huisarts, de apotheker, de tandarts en de verloskundige onder het medisch tuchtrecht. Hoe vaak patiënten in Rotterdam via deze weg een klacht indienen is niet bekend.

Door huisartsen en verloskundigen wordt benadrukt dat vooral dan een klacht wordt ingediend als de communicatie tussen hulpverlener en patiënt slecht is. Een procedure wordt 'ontmoedigend' genoemd voor de betrokken hulpverlener, terwijl de klagende patiënt er weinig aan heeft.

### Geneeskundige inspectie

Over de mate waarin bij de provinciale geneeskundige inspectie van de volksgezondheid klachten uit Rotterdam binnenkomen zijn geen cijfers bekend.

### Interne klachtenprocedures

De beroepsorganisaties hebben intern het klachtrecht op verschillende manieren geregeld:

Klachten over de huisarts kunnen worden ingediend bij het landelijk secretariaat van de KNMG en worden behandeld door de districtsraad van deze organisatie en - eventueel - de Raad van Beroep. Sancties variëren van een informele boycot tot schorsing of schrapping van het lidmaatschap. De uitspraak kan aan de hoofdinspecteur van de volksgezondheid worden toegezonden.

Met klachten over de tandarts kunnen patiënten terecht bij de honorariumbeoordelingscommissie van de NMT, eventueel gevolgd door een procedure bij de afdelingsraad en gerechtelijke stappen. Jaarlijks komen in Rotterdam ongeveer tien klachten binnen; sancties heeft de commissie niet.

Apothekers hebben het klachtrecht binnen de KNMP landelijk geregeld.

Het bestuur van de PFVR behandelt in Rotterdam klachten over de fysiotherapeut, zonder daaraan overigens al te veel ruchtbaarheid te geven. Nagedacht wordt over de noodzaak van een klachtencommissie. Door het ontbreken van een wettelijk vastgelegd tuchtrecht zijn sancties onmogelijk.

De SMWR kent (nog) geen formele klachtenprocedure voor het maatschappelijk werk, maar wil die in 1985 gerealiseerd zien; daarbij zal aandacht worden besteed aan een goede voorlichting daarover aan de cliënten.

Klachten over de wijkverpleging kunnen worden ingediend bij de (hoofd)wijkverpleegkundige en eventueel het hoofd van de afdeling Wijkverpleging van de SSRK. Volgens de stichting komen klachten sporadisch voor.

De gezinsverzorging kent de mogelijkheid om klachten in te dienen bij de hoofdleiding, bij de interne klachtencommissies van de instellingen en eventueel bij de landelijke klachtencommissie. Een klachtencommissie van de Rotterdamse Raad voor Gezinsverzorging is in 1983 opgeheven, omdat geen klachten werden ingediend; Logopedisten, tenslotte, worden zelden met klachten geconfronteerd. De NVLF heeft interne ethiekregels, op naleving waarvan wordt toegezien door een college van toezicht.

#### Ziekenfonds

Klachten die bij het ziekenfonds binnenkomen kunnen betrekking hebben op:

- de medewerkers van het fonds (in de eerste lijn: huisartsen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en logopedisten);
- de verstrekkingen;
- de ziekenfondsorganisatie zelf.

Sinds een paar jaar kent de SZR een procedure waarbij klachten van de eerste twee typen worden behandeld door de verzekerden-adviseur en de leden van de sociaal-medische dienst; klachten over de organisatie zijn een zaak van de directie. Naar schatting worden jaarlijks 150 klachten ingediend. Bezien wordt of een klachtencommissie moet worden ingesteld.

#### Burgerlijk rechter

Over het inschakelen van de burgerlijk rechter bij een medische klacht zijn geen cijfers bekend. Waarschijnlijk gaat het om zeer zeldzame gevallen; schattingen spreken van tien rechtszittingen in een periode van 25 jaar.

#### Andere mogelijkheden

Andere mogelijkheden die in Rotterdam (hebben) bestaan zijn de volgende:

- de gemeentelijke ombudsman krijgt te maken met klachten of verzoeken om bemiddeling op het gebied van de volksgezondheid: in 1983 waren dat er 6 (op een totaal van 154), in 1982 4 (op een totaal van 206) (Jaarverslag 1983).
- bij het Bureau voor Rechtshulp kwamen in 1982 36 mensen met een 'medische zaak'; in 1983 waren dat er 53, een fractie van de 25.000 mensen die het bureau jaarlijks bezoeken. In de jaren 1982 en 1983 heeft het bureau een cliënt eenmaal verwezen naar de inspectie en tweemaal naar het medisch tuchtcollege (schriftelijke mededelingen).
- bij het Instituut Raadslieden maakt de hele sociale dienstverlening ongeveer 1 % uit van de (in 1982: 62.000) aangemelde problemen (mondelijke mededeling). Volgens het jaarverslag 1979-1980 gaat het daarbij voornamelijk om relatie-problematiek. Hoewel de raadslieden openstaan voor klachten over medische behandeling of verzorging komen die niet bij het instituut terecht.



- ook bij de GG & GD komen volgens de voorlichter weinig klachten binnen. Het door de dienst beoogde informatiecentrum gezondheidszorg zal evenmin een klachtbureau worden; mensen met klachten over de zorg zullen worden verwezen.
- een klachtenspreekuur van de patiëntenvereniging Afrikaanderwijk is na drie jaar functioneren in maart 1984 gestopt. Gemiddeld werd het spreekuur wekelijks door één patiënt bezocht, vaak van buiten de wijk.
- bij de gezondheidswinkel kwamen in 1982 en 1983 per jaar ongeveer 200 bezoekers; onderwerpen van gesprek waren zowel klachten als verzoeken om informatie. Naast het advies om nog eens met de arts te praten, werd in een enkel geval gewezen op ombudsman of medisch tuchtrecht.
- patiënten die zich met klachten tot de verschillende patiëntenorganisaties wenden wordt meestal aangeraden daarover met de betreffende hulpverlener zelf te overleggen.
- gezondheidscentra hebben geen vaste procedures voor het verwerken van klachten.

Weinig  
ingediende  
klachten

Hoewel het aantal mogelijkheden om te klagen vrij groot is, is het aantal ingediende klachten - voorzover daarover cijfers bekend zijn - vrij gering. Een antwoord op de vraag of dat komt doordat er weinig klachten zijn óf doordat klachten te weinig worden geuit, is moeilijk te geven. Aanwijzingen voor het bestaan van klachten vormen de reacties van de verschillende patiëntenorganisaties op vragen over de (eerstelijns)zorg én de vaak gehoorde opmerking dat hulpverleners of hulpverlenende organisaties dikwijls klachten horen over anderen dan zichzelf.

Oorzaken

Als oorzaken van een mogelijk onvoldoende doorstromen van klachten kunnen worden genoemd:

- onbekendheid van het publiek met de verschillende mogelijkheden;
- een hoge 'drempel' van de klachteninstanties;
- weinig vertrouwen van het publiek in mogelijke effecten van het indienen van een klacht;
- angst voor de eventuele consequenties van het indienen van een klacht, voor zichzelf of voor de hulpverlener over wie wordt geklaagd.<sup>44</sup>

Belangrijk is het vergroten van de mogelijkheden tot klagen in de informele sfeer, waardoor overlegd kan worden tussen hulpverlener en patiënt, vóórdat de emoties hoog zijn opgelopen en alleen een formele klacht nog mogelijk is.

Aansluitend bij hun ideeën over patiëntenparticipatie wordt in dit verband door enkele organisaties een rol toegekend aan:

- organisaties in de wijk, zoals een bewonersorganisatie of een deelgemeenteraad (PvdA, OSER);
  - een op te zetten brede organisatie van patiënten (PHV).
- Door CDA en ook door de gemeente zelf wordt de mogelijkheid geopperd dat de gemeente een rol vervult in het verwerken en doorspelen van klachten.

## 11, DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG IN HET NIEUWS<sup>45</sup>

**Pers als 'spiegel'** Naast de ervaringen van patiënten, hulpverleners en andere direct betrokkenen vormt de berichtgeving in de pers een belangrijke bron om mogelijke knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg op het spoor te komen. Aangenomen dat zij inderdaad de beoogde 'spiegel' vormen van wat zich in de samenleving afspeelt, zullen de kranten immers ruimschoots aandacht geven aan een populair onderwerp als de gezondheidszorg.

**Plaatselijke pers** Waar het, zoals in ons onderzoek, uitsluitend gaat om mogelijke problemen in de plaatselijke gezondheidszorg, is vooral ook de plaatselijke pers van belang. Verwacht kan worden dat daarin méér dan in de landelijke kranten gedetailleerd zal worden ingegaan op wat zich in de plaatselijke gezondheidszorg afspeelt. Enerzijds kennen de journalisten de plaatselijke situatie goed, anderzijds is de afstand tussen de krant en het publiek klein genoeg om het - bijvoorbeeld - patiënten en hulpverleners mogelijk te maken de krant van belangrijke gebeurtenissen op de hoogte te stellen.

**Analyse berichtgeving** In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de resultaten van een analyse van de berichtgeving over de (eerstelijns)gezondheidszorg in de Rotterdamse pers. Vier plaatselijke kranten werden bij die analyse betrokken: de regionale dagbladen Het Vrije Volk en het Rotterdams Nieuwsblad, en de huis-aan-huis bladen Het Zuiden en De Havenloods.

Van deze kranten werd gedurende de periode 1 januari tot 15 september 1984 telkens één editie doorgenomen, waarbij alle artikelen die betrekking hadden op de gezondheidszorg werden geteld en gerubriceerd, terwijl bovendien van artikelen over de eerstelijnsgezondheidszorg en over patiënteninitiatieven een korte samenvatting werd gemaakt.<sup>46</sup> Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met de journalisten van Het Vrije Volk en het Rotterdams Nieuwsblad die de stedelijke gezondheidszorg 'in hun portefeuille hebben'.

### 11.1 Enige cijfers over de berichtgeving

**Cijfers** In totaal werden in de onderzochte periode 401 berichten over de plaatselijke gezondheidszorg geteld.<sup>47</sup> Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze berichtgeving, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de lengte (in aantallen woorden), de aard (inhoudelijk stuk of aankondiging) en het onderwerp (volgens een tiental categorieën) van de berichten.

Tabel 11.1.: Berichten over de Rotterdamse gezondheidszorg in twee regionale dagbladen en twee huis-aan-huis bladen naar onderwerp, aard en lengte (1 januari-15 september 1984).

ONDERWERP	AARD OMVANG	Inhoudelijk				Aankondig.			Totaal	
		50	50-150	150	TOT	50	50-150	TOT	Abs.	%
1. (soc.) achtergronden		0	0	3	3	0	0	0	3	1
2. hulpverlening algemeen		0	1	2	3	0	0	0	3	1
3. hulpverlening 1e lijn		2	24	23	49	14	2	16	65	16
4. hulpverlening 2e lijn		4	30	38	72	2	0	2	74	18
5. beleid algemeen		2	2	1	5	1	0	1	6	1
6. beleid 1e lijn		1	9	9	19	2	0	2	21	5
7. beleid 2e lijn		9	23	36	68	0	0	0	68	17
8. patiënteninitiatieven		3	30	23	56	41	3	44	100	25
9. gezondh.voorlichting		4	5	7	16	17	2	19	35	9
10. diversen		3	13	6	22	4	0	4	26	6
<b>Totaal</b>		<b>28</b>	<b>137</b>	<b>148</b>	<b>313</b>	<b>81</b>	<b>7</b>	<b>88</b>	<b>401</b>	<b>100</b>

Totaal eerstelijns (cat.3/6)	3	33	32	68	16	2	18	86
Totaal tweedelijns (cat.4/7)	13	53	74	140	2	0	2	142

#### Onderwerpen

Patiënteninitiatieven, de praktijk van de hulpverlening in eerste- en tweedelijns en het beleid in de tweedelijns, zijn veel voorkomende onderwerpen in de plaatselijke berichtgeving over gezondheidszorg; opvallend schaars is berichtgeving over het beleid in de eerstelijns. Overigens moet bij de conclusie dat méér over de tweede- dan over de eerstelijns wordt geschreven, rekening worden gehouden met de aandachttrekkende harttransplantatie en de geboorte van de eerste 'diepvriesbaby', die juist in de onderzochte periode in Rotterdam plaatsvonden.

#### 11.2 Wat is nieuws?

Voor ons onderzoek is een gedetailleerder beeld van de berichtgeving over een drietal onderwerpen van belang:

- de praktijk van de hulpverlening in de eerstelijns;
- het beleid in de eerstelijns;
- patiënteninitiatieven.

#### Hulpverlening in de eerstelijns

In berichtgeving over de praktijk van de hulpverlening in de eerstelijns wordt aan drie zaken relatief veel aandacht besteed: hulpverlening aan ouderen, hulpverlening aan drugsverslaafden en ontwikkelingen rond gezondheidscentra.

#### Bejaarden

Ten aanzien van de hulpverlening aan ouderen wordt meerdere malen aandacht besteed aan experimenten die het ouderen mogelijk maken langer zelfstandig te wonen: dagverzorging van bejaarden in het Oude Westen, het verstrekken (tegen iets hogere kosten) van verse maaltijden in een dienstencentrum, gratis zwemmen. Ook zijn er verschillende

berichten over een bepaalde gebeurtenis in een diensten-centrum, zoals het afscheid van een medewerker, waarbij vaak kort de doelstellingen van het centrum worden weergegeven.

#### Drugsverslaafden

Wat de hulpverlening aan drugsverslaafden betreft wordt met name aandacht besteed aan de verstrekking van (grote) hoeveelheden methadon en eventueel morfine aan verslaafden en aan de behandeling met acupunctuur om afkickverschijnselen te verminderen. Daarnaast is een aantal andere projecten in het nieuws geweest, zoals het opzetten van een huiskamerproject voor heroïnehoertjes en een project waarin verslaafden worden geholpen om zelfstandig te wonen en verbroken relaties met familie en vrienden te herstellen.

#### Gezondheidscentra

Berichten over gezondheidscentra hebben vooral betrekking op de opening van een centrum of het vertrek van medewerkers. Zo wordt bericht over de opening van het gezondheidscentrum in het Oude Westen (Cor Barendregthuis), tot stand gekomen op initiatief van de actiegroep Het Oude Westen en hulpverleners. In het nieuws is ook het gezondheidscentrum Hoogvliet geweest, waar drie artsen hun werkzaamheden beëindigd hebben doordat de praktijken niet voldoende konden uitgroeien.

De resterende berichten over de eerstelijns-hulpverlening lopen uiteen van wat meer uitgebreide berichten over onder meer de Telefonische Hulpdienst Rijnmond, het Crisiscentrum, de sluiting van het avondcentrum voor tandartsen, de oprichting van een meidenwegloophuis tot wat kleinere berichten zoals één met de kop: 'Huisarts laat vrouw 10 weken met gebroken been lopen'. Dergelijke berichten zijn echter uiterst schaars.

#### Beleid in de eerste lijn

Berichten over het beleid in de eerstelijns zijn duidelijk minder in aantal dan die over de praktijk van de hulpverlening. Onderwerp van berichtgeving is vooral de eerstelijns-samenwerking naar aanleiding van het verschijnen van de gemeentelijke Nota Eerstelijns(gezondheids)zorg en de notitie van de PHV. Daarnaast wordt bericht over samenwerking in het maatschappelijk werk en de gezinszorg. De overige berichten in deze categorie gaan onder meer over het drugsbeleid en het bejaardenbeleid.

#### Patiënteninitiatieven

Berichten over patiënteninitiatieven worden het meest geplaatst. Daaronder verstaan wij hier niet alleen acties van individuele patiënten of patiëntenorganisaties, maar ook die van meer algemene organisaties welke zich inzetten op het gebied van de gezondheidszorg, zoals het KWF en het Prinses Beatrix Fonds. Het merendeel (41) van de (100) berichten bestaat uit aankondigingen en oproepen van informatie-avonden en cursussen. De overige berichten zijn grofweg in drie groepen

in te delen:

- acties en protesten, vooral van bejaarden en gehandicapten, tegen het gemeentelijk beleid en/of de hulpverlening, zoals het terugtrekken van de wijkbejaardenverzorging uit het Hulp- en Adviescentrum;
- berichten over (nieuwe) projecten (burenhulp, zelfhulpgroepen);
- overige meer algemene informatieve berichten.

### 11.3 De kranten zelf

#### Interviews

Naast een analyse van krantenberichten over de gezondheidszorg in Rotterdam zijn interviews gehouden met de journalisten van Het Vrije Volk en het Rotterdams Nieuwsblad die de gezondheidszorg 'in hun portefeuille hebben'. Opgemerkt wordt dat naast de nieuwswaarde vooral de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van de informatie voor de gemiddelde lezer selectiecriteria vormen in het aanbod aan informatie. De lopende discussie over structurele veranderingen in de eerste lijn krijgen, mede door het gebruikte jargon, minder aandacht dan ontwikkelingen of gebeurtenissen in ziekenhuizen.

Hoewel van een uitgewerkte visie op de gezondheidszorg geen sprake is - hooguit van enkele hoofdlijnen, zoals de idee, bij Het Vrije Volk, dat de zorg vooral voor 'kansarme groepen' toegankelijk, overzichtelijk, betaalbaar en helder opgebouwd moet zijn - zijn voor de journalisten enkele problemen aanwijsbaar:

- het ontbreken van een sterke algemene patiëntenorganisatie;
- het bestaan van de verschillende financieringsbronnen voor de eerste lijn, waardoor het onmogelijk is om prioriteiten te stellen aan de hand van de plaatselijke situatie;
- het uitblijven van een versterking van de eerste lijn, terwijl de tweede lijn wordt afgezwakt;
- de slecht geregelde samenwerking, waarbij eerder wordt uitgegaan van de wensen van de hulpverleners dan van de behoefte van de patiënten;
- de bereikbaarheid van de hulpverlening in het weekeinde en 's-avonds;
- het ontbreken van instanties die zich bezighouden met klachten over de eerste lijn.

ONDANKS een dreigend gebrek aan inspraak van hulpverleners 'in het veld' en - vooral - van patiënten worden de uitgangspunten van het gemeentelijk beleid door de journalisten onderschreven. WEL worden vraagtekens geplaatst bij de noodzaak van een grote reorganisatie (Rotterdams Nieuwsblad) en van uitgebreid onderzoek naar het functioneren van de eerste lijn (Het Vrije Volk). Door de laatste wordt het beschikken over voldoende machtsmiddelen een voorwaarde genoemd voor daadwerkelijk gemeentelijk beleid.

#### 11.4. Samenvatting

De Rotterdamse gezondheidszorg komt voornamelijk in het nieuws als er gebeurtenissen plaatsvinden die betrekking hebben op de tweede lijn, de hulpverlening in de eerste lijn en de initiatieven van patiëntenorganisaties. Het beleid in de eerste lijn komt nauwelijks in het nieuws vanwege de selectiecriteria die de kranten toepassen: de nieuwswaarde en de aantrekkelijkheid en toegankelijkheid voor de lezers.

Berichten over de eerste lijn gaan vooral over hulpverlening aan drugsverslaafden en ouderen en over gezondheidscentra. Voor zover er berichten geplaatst worden over het beleid in de eerste lijn gaan deze grotendeels over de samenwerking tussen hulpverleners.

De (vele) berichten over patiënteninitiatieven zijn voor een groot deel aankondigingen en hebben voor het overige betrekking op acties en protesten en op nieuwe projecten.

## 12. SAMENVATTING, DISCUSSIE EN CONCLUSIES

### 12.1. Samenvatting

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar knelpunten in de Rotterdamse eerstelijns(gezondheids)zorg.

Doel en  
werkwijze

Doel van het onderzoek was een brede inventarisatie te maken van zaken die enerzijds door (georganiseerde) groepen van patiënten en anderzijds door organisaties met een zekere verantwoordelijkheid voor het functioneren van de plaatselijke gezondheidszorg als probleem worden ervaren.

Daartoe zijn allereerst gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van ruim veertig organisaties aan patiëntenzijde, deels specifieke patiëntenorganisaties, deels organisaties met een bredere doelstelling.

Geïnterviewde knelpunten zijn vervolgens voor commentaar voorgelegd aan organisaties van hulpverleners, ziekenfonds, gemeente en politieke partijen.

Patiënten

Navolgende tabel geeft een samenvattend overzicht van de knelpunten die door patiëntenorganisaties in het functioneren van de afzonderlijke disciplines in de eerstelijns worden aangevoerd. Hoewel de gebruikte onderzoeksmethode een preciese kwantificering onmogelijk maakt, is daarbij globaal aangegeven hoe vaak ieder knelpunt als zodanig naar voren wordt gebracht.

De vrij sterke vertegenwoordiging van organisaties van chronisch zieke en gehandicapte patiënten is in de aard van de gesignaleerde knelpunten terug te vinden. Aan de andere kant komen onderwerpen als de voorlichting rond medicijnen en de bereikbaarheid van de gezinsverzorging óók als probleem naar voren als de mening van andere patiënten wordt gevraagd (vgl. Warmenhoven, 1984; RUG, 1983); ook in ons onderzoek worden de opvattingen van categoriale patiëntenorganisaties vaak door anderen (bejaarden, migranten) gedeeld.

Twee knelpunten worden dikwijls, en voor verschillende disciplines, door patiënten genoemd:

- een gebrek aan hulpverlening rond specifieke problemen van - vooral - chronisch zieken en migranten;
- een onvoldoende bereikbaarheid buiten 'kantooruren'.

Tabel 12.1. Samenvattend overzicht van de knelpunten die door 41 organisaties aan patiëntenzijde in het functioneren van de afzonderlijke eerstelijnsdisciplines worden gezien.

	Huisarts	Wijkverpleging	Alg. maatsch. werk	Gezins- verzorging	Fysiotherapie	Farmacie	Tandheelkunde	Verloskunde
<u>1. Inhoudelijke aspecten</u>								
<i>Algemeen</i>								
- Gebrek aan tijd	xxx							
- Te snel voorschrijven van medicijnen	xx							
- In te grote hoeveelheden voorschrijven van medicijnen	x							
- Onvoldoende voorlichting over medicijnen	x					x		
<i>Chronisch zieken</i>								
- Onvoldoende begeleiding rond specifieke problemen	xx	x	x	xx	x		x	
<i>Migranten</i>								
- Onvoldoende toegerust voor specif. probl.	x	x	x	x		x		
<u>2. Organisatorische aspecten</u>								
- Bereikbaarheid buiten 'kantooruren' is onvoldoende	xx	xx		xx	x	xx	x	x
- Kennis bij vervanging onvoldoende	x							
- Problemen rond krijgen van gewenste hulp		x		xx	xx			
- Onvoldoende spreiding van hulp over stad			x					
- Wachtlijsten			x	x	xx			
- Kosten				xx			x	
- Onvoldoende voorradig zijn van hulpmidd.		x						
- Wisselen van hulpverleners				x				
x = 1-4 keer genoemd xx = 5-10 keer genoemd xxx = meer dan 10 keer genoemd								



## Hulpverleners

Dat de begeleiding van chronisch zieken dikwijls te wensen overlaat, wordt door de huisartsen erkend: daarnaast noemen zij bejaarden als een groep die bijzondere eisen stelt aan de hulpverlening. Praktijkverkleining zou ertoe kunnen bijdragen dat aan de wensen van patiënten tegemoet gekomen kan worden; specialisatie in de hulpverlening wordt afgewezen en aan een verbetering van het contact met patiëntenorganisaties - door dezen sterk bepleit - kleven in de ogen van de huisartsen voorlopig nog praktische bezwaren.

Wijkverpleging en gezinsverzorging menen dat eventuele lacunes in de kennis van hulpverleners door onderlinge kennisoverdracht kunnen worden weggenomen. Het algemeen maatschappelijk werk vindt de specifiek op problemen van zieken en gehandicapten gerichte hulpverlening niet tot haar taken behoren.

Ten aanzien van de hulpverlening aan migranten wordt door wijkverpleging en gezinsverzorging gewezen op het bestaan van interne bij- en nascholing. Terwijl de huisartsen menen dat behandeling en begeleiding beter zal verlopen naarmate migranten meer in de samenleving geïntegreerd zijn, voorziet het algemeen maatschappelijk werk problemen bij een al te snelle afbouw van categoriale voorzieningen.

Huisartsen, wijkverpleging, apothekers en verloskundigen menen dat de bereikbaarheid buiten 'kantooruren' goed is geregeld. Fysiotherapeuten en gezinsverzorging werken, de laatste in overleg met de wijkverpleging, aan een uitbreiding van de dienstverlening in dit opzicht.

Voor het commentaar van de hulpverlenende instanties op andere door patiënten genoemde knelpunten kan worden verwezen naar de samenvattende paragrafen in de betreffende hoofdstukken.

Het ontbreken van een wettelijk vastgelegd vestigingsbeleid vormt, voor huisartsen en apothekers, een belangrijk, niet door patiënten genoemd, knelpunt.

Naast knelpunten in het functioneren van de afzonderlijke disciplines zijn rond een aantal onderwerpen problemen signaleerd.

## Samenwerking in de eerstelijns

Patiënten spreken zich over de samenwerking in de eerstelijns slechts uit voorzover samenwerkingsrelaties aan de orde zijn die voor de eigen groep van belang zijn. Bij inhoudelijke, organisatorische en structurele problemen die doorgaans als belangrijke belemmeringen voor een goede samenwerking worden beschouwd, voelen de patiënten zich zeer zelden betrokken: voorzover op vragen in deze richting werd ingegaan, waren de antwoorden - op een enkele uitzondering na - vaag en algemeen van aard.

Knelpunten die door hulpverleners en beleidsmakers - en ook door een enkele 'professional' aan patiënten-zijde - worden gesignaleerd, wijken niet af van hetgeen van elders bekend is:

- een gebrek aan kennis onder hulpverleners zelf van de mogelijkheden van elkaar;
- een onvoldoende afbakening van taken;
- het bestaan van verschillende financieringsstromen;
- het niet op elkaar afgestemd zijn van werkgebieden;
- onvoldoende samenwerking tussen beleidsplatform en ondersteuningsorgaan.

Samenwerking  
tussen eerste-  
en tweedelij

In de relatie tussen eerste- en tweedelij worden, door patiënten en anderen, een drietal problemen gesignaleerd:

- een gebrekkige communicatie tussen huisarts en specialist;
- onvoldoende afstemming van de zorg na een ziekenhuisopname;
- het ontbreken van voldoende tussenvoorzieningen, zoals dagbehandeling voor chronisch zieken en bejaarden.

Andere  
knelpunten

Tenslotte wordt opgemerkt dat:

- van contact tussen patiëntenorganisaties enerzijds en hulpverleners en beleid anderzijds nauwelijks sprake is;
- weinig klachten over de eerstelijns worden ingediend, hoewel formeel voldoende mogelijkheden lijken te bestaan.

## 12.2. Discussie en conclusies

Nu een samenvattend overzicht van de knelpunten in de Rotterdamse eerstelijnszorg is gegeven, willen wij - tot slot - op een aantal aspecten daarvan nader ingaan en enige conclusies trekken.

Patiënten

Wie de knelpunten bekijkt die door patiënten in het functioneren van de afzonderlijke disciplines in de eerstelijns worden aangewezen, zou de indruk kunnen hebben dat het nogal eens gaat om detailkritiek. Het lang moeten reizen naar de dichtstbijzijnde apotheek, een huisarts die niet op visite wil komen, een wijkverpleegkundige die te weinig afweet van een bepaald ziektebeeld: het zijn opmerkingen die schouderophalend afgedaan zouden kunnen worden als incidenten of als ongemakken die men maar voor lief zou moeten nemen.

Voor de patiënt zelf is dat anders: wie ziek is wil immers zo snel mogelijk weer gezond, althans: beter worden, en wie daarbij de hulp van anderen nodig heeft, verwacht dat die hulp zo snel en zo goed mogelijk wordt gegeven.

Die behoefte aan directe en adequate hulp vormt de achtergrond van de twee problemen die, zoals wij zagen, regelmatig en vaak met grote stelligheid door patiëntenorganisaties worden genoemd: lacunes in de bereikbaar-

heid van de zorg en een gebrek aan begeleiding rond specifieke problemen.

#### Bereikbaarheid

Kritiek op de bereikbaarheid wordt voor een deel door werkelijke tekorten veroorzaakt: de gezinszorg is buiten 'kantooruren' niet beschikbaar, hetgeen vooral 's morgens en 's avonds en tijdens de weekenden als een gemis wordt ervaren, en naar een apotheek moet, met de bestaande regeling, in de weekenden soms ver worden gereisd.

Voor een ander deel is de kritiek te herleiden tot onbekendheid met bestaande faciliteiten: het feit dat de taxikosten bij een noodzakelijk bezoek aan een apotheek buiten de gewone openingsuren vergoed worden - hetgeen de kritiek op de bereikbaarheid zou kunnen verzachten - is niet algemeen bekend; datzelfde geldt voor de bereikbaarheid en gedeeltelijke beschikbaarheid, 's avonds en 's nachts, van de wijkverpleging, overigens een vrij recente uitbreiding van de dienstverlening.

Tenslotte lijken - waar het gaat om de bereikbaarheid van 'de' huisarts - communicatieproblemen een rol te spelen: als we ervan uitgaan dat de regels op dit punt door alle huisartsen worden nageleefd - hetgeen wij niet hebben kunnen nagaan - dan is de vrij hevige kritiek van patiënten op de bereikbaarheid van de huisartsenzorg nauwelijks anders te verklaren dan uit een kenmerkend onvermogen van artsen om patiënten duidelijk te maken waarom een verzoek om langs te komen wordt afgewezen - afgezien van de mogelijkheid dat een huisarts, bijvoorbeeld doordat hij de patiënt niet kent, een vraag om hulp verkeerd beoordeelt.

#### Specifieke problemen

Dat niet alleen organisaties van chronisch zieken en gehandicapten, maar ook die van uitkeringsgerechtigden en migranten, begeleiding rond specifieke problemen verlangen, is een probleem waarmee vrijwel alle eerstelijnsdisciplines in meerdere of mindere mate worden geconfronteerd.

Het algemeen karakter van de eerstelijnszorg - sterk door hulpverlenende organisaties benadrukt - kan hier al snel botsen met de verlangens van patiënten; in een enkel geval wordt van patiëntenzijde ook met zoveel woorden om specialisatie gevraagd.

Hoewel vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties vrijwel zonder uitzondering zeggen graag met hulpverleners over de specifieke problemen van 'hun' groep te willen praten en ook hulpverlenende organisaties daar niet onwelwillend tegenover staan, is van enig regelmatig overleg nauwelijks sprake. Toch zou een betere samenwerking tussen beide ertoe kunnen bijdragen dat het gesignaleerde verschil tussen hulpvraag en hulpaanbod wordt verkleind. Patiëntenorganisaties beschikken immers over ervaringskennis die de hulpverleners in hun dagelijks werk kunnen gebruiken; omgekeerd kan de professionele kennis van hulpverleners in het werk van patiëntenorganisaties van pas komen.

*Gezien het feit dat het bestaan van zoveel patiëntenorganisaties samenwerking met professionele hulpverlening bemoeilijkt, zou een stedelijk informatie- en documentatiecentrum een belangrijke brugfunctie kunnen vervullen: patiëntenorganisaties zouden via een dergelijk centrum hun informatie gezamenlijk aan hulpverleners kunnen aandragen en zouden zelf voor de hulpverlening veel makkelijker dan nu het geval is, bereikbaar zijn. Het door de afdeling GVO van de Rotterdamse GGD voorgestelde informatie- en voorlichtingscentrum gezondheid en gezondheidszorg, dat momenteel op bescheiden schaal gestalte krijgt, zou in de toekomst wellicht ook in dit opzicht een rol kunnen gaan spelen.*

Samenwerking  
in de eerstelij

Problemen in de samenwerking tussen eerstelijns-hulpverleners, voor patiënten niet of nauwelijks zichtbaar, zijn in Rotterdam niet anders dan elders. De manier waarop hulpverleners oplossingen voor die problemen trachten te vinden vertoont eveneens verrassende overeenkomst met wat landelijk op dit gebied gebeurt: ook in Rotterdam zoeken enerzijds hulpverleners zelf, daarin professioneel gesteund, naar manieren om de samenwerking in het uitvoerend werk te verbeteren en trachten anderzijds de toppen van de beroepsorganisaties, met meer of minder enthousiasme, door onderling overleg tot een betere afstemming van het beleid te komen. Nauwe banden tussen beide niveaus van overleg - ook daarin volgt Rotterdam het landelijk voorbeeld - ontbreken: OSER en STOEL enerzijds en BER anderzijds werken nauwelijks met elkaar samen. Afgezien van het feit dat de drie organisaties ook verschillende belangen hebben te verdedigen, is dat gebrek aan samenwerking tussen uitvoering en beleid verklaarbaar uit het verleden. Van overleg tussen de beroepsorganisaties was immers lange tijd nauwelijks sprake en ook binnen de verschillende organisaties werd de samenwerking met andere disciplines jarenlang nauwelijks gestimuleerd. Wél samenwerkende hulpverleners zochten daardoor eerder steun bij elkaar dan binnen hun eigen organisatie. Nu, in het BER, het overleg tussen de organisaties wat meer vorm krijgt, wordt dat met de nodige argwaan bekeken, niet alleen vanuit het uitvoerend werk, maar óók door een enkele deelnemende organisatie zelf. Een belangrijk punt van onenigheid binnen de eerstelijns is de taak van de STOEL. Terwijl sommigen die beperkt zien tot het geven van (agogische) ondersteuning, bepleiten anderen, door het vertrouwen dat de STOEL in 'het veld' zou genieten, ook een meer beleidvormende taak. Tekenend voor de onduidelijkheid is de ruzie die onder hulpverleners kon ontstaan rond de vraag of de STOEL nu wel of niet het organiseren van een discussieavond over de eerstelijnszorg tot zijn taak zou mogen rekenen.

*Het gebrek aan overleg en het ontbreken van een door alle betrokkenen geaccepteerde taakverdeling tussen enerzijds de gezamenlijke beroepsorganisaties en anderzijds het ondersteuningsorgaan, vormen belangrijke knelpunten in de Rotterdamse eerstelijns. Uitvoerend werk en beleid zijn daardoor tezeer van elkaar gescheiden, terwijl in een onderlinge competentiestrijd veel energie verloren kan gaan.*

*Bij het vastleggen van taken en bevoegdheden van BER en STOEL kan gebruik worden gemaakt van de aanbevelingen van het landelijk S1-project; ontwikkeling en beleidsafstemming zijn daarin de te onderscheiden taken van twee verschillende instanties, tussen welke echter goede verbanden moeten bestaan.*

#### Hulpverlening en beleid

Wordt samenwerking in de eerstelijns zowel 'in het veld' als op beleidsniveau bemoeilijkt doordat hulpverleners en hun organisaties sterk hechten aan het behoud van de eigen identiteit en zelfstandigheid, ten opzichte van de gemeente lijken de rijen zich weer te sluiten. Hoewel gemeente en particulier initiatief het bevorderen van samenwerking en samenhang in de eerstelijns blijkt diverse nota's hoog in het vaandel hebben staan, is, bij een verdere concretisering van de doelstellingen, grote onenigheid te verwachten over de vraag wie de organisatorische voorwaarden daartoe moet scheppen: het voeren van een vestigingsbeleid en het afstemmen van werkgebieden zijn taken die beide partijen elkaar zouden kunnen gaan betwisten.

*Het feit dat de bevoegdheden van gemeente en particulier initiatief niet wettelijk zijn vastgelegd, kan in de nabije toekomst leiden tot hevige competentieproblematiek. Overeenstemming over de uitgangspunten van beleid dreigt daardoor te worden overschaduwed.*

#### Patiënten en beleid

Hoewel de gemeente blijkt de Nota Eerstelijns(gezondheids)zorg waarde hecht aan een grotere betrokkenheid van patiënten bij het beleid, is daarvan in de praktijk nog nauwelijks sprake. Eén van de oorzaken daarvan is het ontbreken van één enkele aanspreekbare patiëntenorganisatie, of zelfs van een bundeling van bestaande organisaties. Ervaringen met het patiëntenplatform-in-oprichting maken duidelijk dat dat laatste zonder ondersteuning ook moeilijk te realiseren is. Patiënten die in een organisatie actief zijn hebben doorgaans weinig tijd en energie over om daarnaast ook met anderen contact te onderhouden. Wil het patiëntenplatform kans van slagen hebben, dan is financiële en inhoudelijke ondersteuning onontbeerlijk.

Of daarmee het probleem is opgelost, is echter de vraag. Patiënten hebben doorgaans immers meer belangstelling voor zaken die met de directe hulpverlening te maken hebben, dan voor de achterliggende en structurele problemen. Dat zal door uitsluitend bestaande organisaties intensiever met elkaar te laten samenwerken, niet minder worden, en hoewel het bestaan van een patiëntenplat-

form formeel participatie mogelijk maakt, is voor een werkelijke betrokkenheid van patiënten méér nodig. Buurtorganisaties zouden in dit proces een belangrijke rol kunnen spelen: zij zijn voor buurtbewoners makkelijker aanspreekbaar dan stedelijke organisaties en op wijkniveau kan het verband tussen hulpverlening en beleid makkelijker zichtbaar worden gemaakt.

*Betrokkenheid van patiënten bij het beleid op het gebied van eerstelijnsgezondheidszorg kan worden vergroot als bestaande bewonersorganisaties zich méér dan nu het geval is met de gezondheidszorg in de wijk gaan bezighouden. Als deze organisaties zich vervolgens zouden aansluiten bij een financieel en inhoudelijk gesteund patiëntenplatform, is op den duur een redelijk representatieve vertegenwoordiging van patiënten in stedelijke overlegorganen denkbaar.*

## NOTEN

1. In 1984 is het Koningin Wilhelminafonds niet langer bij de SBV aangesloten; nieuwe participanten zijn de Nederlandse Migrainestichting en de Stichting Nationaal Fonds Sport Gehandicapten.
2. De keuze is gebaseerd op het vóórkomen van de verschillende disciplines in gezondheidscentra. De acht genoemde disciplines komen elk in (minstens) ongeveer een kwart van de gezondheidscentra voor; andere disciplines zijn in minder centra vertegenwoordigd (Boerma, 1984).
3. Een uitzondering vormt de logopedie. Hoewel aan patiëntenorganisaties niet is gevraagd hun mening over deze discipline te geven, is de hulpverlenende organisatie, die participeert in het Beleidsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam, zelf wél voor een gesprek uitgenodigd.
4. Een goed overzicht van knelpunten rond samenwerking is te vinden in de halfjaarlijkse rapportages van het S1-project.
5. Door het landelijk S1-project en in de plaatselijke 'ondersteuningsplatforms', zoals de Rotterdamse STOEL, de Stichting Ondersteuningsorgaan Eerstelijnsgezondheidszorg, wordt ondersteuning gegeven aan samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. Daarnaast is in de laatste jaren op beleidsniveau sprake van een groeiende bereidheid tot samenwerking bij de landelijke koepels van - vooral - de vier kerndisciplines (WVC, 1983); in Rotterdam vindt deze ontwikkeling zijn weerslag in het functioneren van het BER, het Beleidsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg.
6. Groepen en woordvoerders worden in hoofdstuk 3 besproken.
7. In een door anderen ter controle gemaakte tweede selectie kwamen 19 van de 26 geselecteerde organisaties eveneens voor; de 14 organisaties die wel in de ene en niet in de andere lijst voorkwamen, bleken voor het merendeel onderling uitwisselbaar, zodat de oorspronkelijke selectie kon worden gehandhaafd.
8. Visser, G.J. Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam; concept-verslag eerste fase; NHI, Utrecht, 1984.
9. Een Rotterdamse zelfhulpgroep van ex-psychiatrische patiënten fungeert juist niet binnen de Cliëntenbond in de GGZ, omdat belangenbehartiging en zelfhulp niet altijd verenigbaar zijn.

10. De eerste negen organisaties werken samen in het Beleidsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (BER).
11. De volgende ziekten of handicaps werden aan de respondenten voorgelegd (tussen haakjes het aantal respondenten dat zegt van de betreffende aandoening last te hebben, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen): astma en chronische bronchitis (17), neusbijholteontsteking (11), hartafwijking (8), hoge bloeddruk (14), slecht gehoor (22), spataderen (16), aambeien (22), maagklachten (16), dikke darmstoornissen en andere buikklachten (26), galstenen en andere galblaas- en leverziekten (3), chronische blaasontsteking (1), prostaatklachten (4), verzakking (2), suikerziekte (1), rugaandoeningen van hardnekkige aard (20), reumatische gewrichtspijnen e.d. (19), epilepsie of andere toevallen (2), migraine of ernstige hoofdpijn (23), chronische huidziekte of eczeem (14), andere (28).  
De cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.
12. Voor een vollediger overzicht van problemen in de eerstelijns hulpverlening, zie bijv. Tuinier (1983). Daarin ook praktische aanbevelingen om de hulp te verbeteren. Zie ook de twee rapportages van de Werkgroep Gezondheidszorg Migranten die in 1978 door de Rotterdamse wethouder van Volksgezondheid werd opgericht. In die rapportages, uit 1979, is sprake van problemen ten aanzien van de gezondheidstoestand, ten aanzien van de hulpverleners en ten aanzien van het gebruik maken van tolken.
13. In 1983 had de Stichting Tolkencentrum Zuid-Holland bijna 800 telefonische contacten met huisartsen, waarvan ongeveer tweederde met huisartsen in Rotterdam. Voor de eerste maanden van 1984 zijn de aantallen telefonische én persoonlijke contacten als volgt:

	Contacten			w.v. met huisartsen	
	Telefon.	Persoonl.	Totaal	In R'dam	Elders
Januari	67	4	71	59	12
Februari	81	-	81	66	15
Maart	81	1	82	63	19

Aan deze cijfers voegt het centrum de opmerking toe dat van de ongeveer 60 huisartsen in Rotterdam die (veel) buitenlandse patiënten hebben, er negen zeer intensief van de diensten gebruik maken en vier af en toe.



14. In Groot-Brittannië krijgt de huisarts (onder meer) voor iedere ingeschreven patiënt jaarlijks een bedrag uitgekeerd dat als volgt varieert:  
voor patiënten jonger dan 65 jr. £ 6.30 (Hfl 27,=)  
voor patiënten van 65-74 jr. £ 8.15 (Hfl 35,=)  
voor patiënten van 75 en ouder £10.05 (Hfl 43,=)  
(Van der Zee, 1985)
15. Uit onderzoek in Hoogezand (RUG, 1983) bleek dat naar de mening van patiënten de huisarts soms tekort schiet in:
  - tijd en aandacht voor patiënten;
  - het ingaan op vragen;
  - het geven van uitleg over de voor- en nadelen van een bepaalde behandeling;
  - uitleg over oorzaken van ziekten;
  - uitleg over medicijngebruik;
  - rekening houden met wensen;
  - kunnen bespreken van klachten.Warmenhoven (1984) vond een relatief grote ontevredenheid (25 %) over de voorlichting door de huisarts over de bijwerkingen van medicijnen.
16. Door dit artikel kan de minister een ziekenfonds voor door hem aan te wijzen categorieën van beroepsbeoefenaren ontheffen van de verplichting om met alle hulpverleners in het werkgebied een overeenkomst af te sluiten. De minister kan ontheffing pas verlenen als hij van mening is dat de aanspraak op verstrekkingen in voldoende mate door de al bij het fonds ingeschreven medewerkers tot gelding kan worden gebracht. Begin 1982 is de bepaling toegepast ten aanzien van de fysiotherapeuten.
17. Het probleem klinkt door in de door wijkverpleegkundigen gesignaleerde druk waaronder gezinsverzorgsters kunnen komen te staan: dat de patiënt er bij hen op aandringt dingen te doen die de wijkverpleging juist met opzet nalaat, zoals het geven van een extra wasbeurt.
18. Elders wordt geëxperimenteerd met een zekere differentiatie binnen een basiseenheid, waardoor meer tijd voor bejaarden en chronisch zieken zou worden vrijgemaakt en meer specifieke kennis zou ontstaan. Een experiment in Den Helder wordt beschreven in Het Beterschap 6 (1984) 10.
19. Als voor het gebruik van hulpmiddelen professionele kennis vereist is en de wijkverpleging niet is ingeschakeld, dan worden ze niet uitgeleend, ook niet als de cliënt of mensen in zijn omgeving zelf over die kennis beschikken.

20. Ten tijde van het onderzoek was bij de SZR nog niets van deze plannen bekend. Een eventuele regeling zou daar echter 'goed in de markt liggen'.
21. De PFVR denkt in dit verband aan zaken als bejaardengymnastiek, bijzondere schoolgymnastiek, medisch zwemmen, invalidensport en inschakeling bij basisgezondheids- en bedrijfsgeneeskundige diensten.
22. Deze kosten worden vergoed door het Rotterdamse departement van de KNMP; zelfs is het mogelijk dat de patiënt thuis blijft en de taxi-chauffeur de medicijnen laat halen en brengen.
23. In het laatste jaar werd het centrum door 2800 patiënten bezocht.
24. Volgens een enquête van de NVLF heeft 73 % van de vrijgevestigde logopedisten in Nederland wekelijks tien of minder praktijken; 92 % heeft minder dan 20 praktijken per week.
25. Een lijst van (plaatselijke afdelingen van) patiëntenorganisaties en zelfhulpgroepen, opgesteld door de GGD, is door de SMWR onder alle uitvoerend werkers verspreid.
26. In een reactie op de plannen zegt de Rotterdamse wethouder van Volksgezondheid de 'organisatorische combinatie' slechts in een overgangsfase te willen erkennen. Uiteindelijk dient de stad in drie werkgebieden te worden verdeeld (overeenkomstig de RIAGG-grenzen en derhalve afwijkend van het voorstel van de instellingen), waarbinnen slechts plaats zal zijn voor telkens één instelling of organisatorische eenheid. Van een in uitvoerend opzicht stedelijk werkende organisatie kan geen sprake zijn. Wel dient op stedelijk niveau één organisatie voor gemeente en andere stedelijke instellingen aanspreekbaar te zijn. (Brief aan de Rotterdamse Raad voor Gezinsverzorging, 5 oktober 1984).
27. Hoewel door enkele patiëntenorganisaties wordt geklaagd over de jeugdige leeftijd van helpsters en verzorgsters, ligt de gemiddelde leeftijd in de gezinsverzorging vrij hoog. Binnen het Groene Kruis is de verdeling als volgt (1983):

17- 19 jaar	2 %
20- 24 jaar	7 %
25- 29 jaar	8 %
30- 34 jaar	11 %
35- 39 jaar	16 %
40- 44 jaar	15 %
45- 49 jaar	14 %
50- 54 jaar	14 %
55 en ouder	13 %

100 % (n = 1359)

28. Volgens een recent rapport over Surinaamse bejaarden in Rotterdam doet niet één van de 40 geënuquëteerde mensen boven de 65 jaar een beroep op gezinsverzorging. Van de veertig geënuquëteerden van 55 tot 65 jaar heeft slechts één gezinshulp. Het rapport pleit voor méér voorlichting en het stimuleren van Surinamers om zich als gezinshulp aan te bieden (SSBS, 1983).
29. De gezondheidscentra Zevenkamp en Het Oude Westen (Cor Barendregthuis) waren op 1 januari 1984 (nog) niet in het registratiesysteem opgenomen. Het medisch centrum Bloemhof, door de STOEL opgevat als gezondheidscentrum, stond tot 1983 als huisartsgroepspraktijk geregistreerd; op 1 januari 1984 voldeed het echter niet langer aan het getalscriterium (minimaal drie huisartsen).
30. Samenwerkingsverbanden zijn te vinden in Alexanderpolder, Bospolder-Delfshaven, Tussendijken, Hoogvliet (3x), Putselaan, Lombardijen, Charlois, Ommoord, Zevenkamp, Zuidwijk, Pendrecht, Oude Noorden, Heyplaat/Pernis, IJsselmonde, Blijdorp, Drinkwaterleidingsterrein, Spangen en Buitendijks.
31. De SSRK noemt als probleem dat in contacten met de gezinsverzorging niet de verzorgster zelf, maar de leidster als gesprekspartner fungeert.
32. Zo zal de SMWR materiële hulp tot de taak van het maatschappelijk werk blijven rekenen, terwijl de PHV in de notitie 'Eerstelijnsgezondheidszorg en ontwikkeling thuiszorg in Rotterdam' juist pleit voor een grotere nadruk op psychosociale hulpverlening.
33. In dit verband noemt de STOEL het een 'nadeel' dat huisartsen niet, zoals maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen, binnen een instelling werkzaam zijn. Daardoor is het niet mogelijk om ook met een 'ondersteuningsfunctionaris' van de huisartsen aan samenwerking te werken. Met de gezinsverzorging zijn de eerste contacten gelegd.
34. De landelijke overheid stelt in de Nota Eerstelijnszorg samenwerking voor tussen voorzieningen in geografisch aaneengesloten gebieden met ten hoogste 30.000 inwoners en afgestemde doelpopulaties met een congruentie van tenminste 80 %. In de discussienota Contouren Eerstelijns(gezondheids)zorg van de Nationale Kruisvereniging wordt eveneens uitgegaan van geïntegreerde hulp in werkgebieden van 30.000 inwoners.
35. Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg; in Rotterdam bestaan drie van dergelijke instituten, twee ten noorden en één ten zuiden van de Maas.

36. Volgens de RRG heeft 19 % van de cliënten van de gezinszorg tegelijk hulp van een andere eerstelijnsdiscipline, afgezien van de huisarts.
37. Een voorbeeld is het conflict - in de zomer van '84 - tussen het Groene Kruis en de in het Hulp- en Adviescentrum (HAC) gedetacheerde bejaardenverzorgsters over de inhoud van de hulpverlening. Centraal in dat conflict stond de vraag wie uiteindelijk de verantwoordelijkheid draagt voor een indicatiestelling: de instelling of het samenwerkingsverband.
38. Het landelijke S1-project pleit om die reden in een in 1983 verschenen notitie uitdrukkelijk voor een organisatorische scheiding van beide taken. Wel zouden tussen een 'vernieuwingsorgaan' en een 'beleidsafstemmingsorgaan' goede verbindingen moeten bestaan. Tot de taken van het eerste orgaan - het regionaal ondersteuningsplatform - rekent S1:
  - ontwikkeling;
  - dienstverlening, ondersteuning, begeleiding;
  - deskundigheidsbevordering;
  - advisering aan beleidsinstanties;
  - ondersteuning van belangenorganisaties (van samenwerkingsverbanden);
  - informatieverzorging;
  - onderzoek.In Rotterdam worden de meeste van deze taken door de STOEL verricht.
39. Over de indeling van de AGGZ bij de tweelijn valt te twisten. Zo stelt de SMWR dat de RIAGG's voor een deel van hun cliëntenbestand wel degelijk een eerstelijnsfunctie hebben; cliënten van het AMW zouden er doorgaans niet terecht kunnen, zeker niet bij afdelingen die vroeger IMP waren.
40. Zie daarvoor Minderhoud en Riethorst, 1984.
41. Grenzen tussen de verschillende typen patiëntenorganisaties zijn niet altijd duidelijk te trekken; afdelingen van categoriale patiëntenorganisaties en zelfhulpgroepen hebben vaak dezelfde activiteiten en organisaties van zelfhulpgroepen (zelfhulporganisaties) verrichten werk dat identiek is aan dat van categoriale patiëntenorganisaties.
42. Uitzondering is de Cliëntenbond: "Onze strategie is nu dat hulpverleners, ook huisartsen, met ons contact zullen moeten zoeken en zelf met ideeën zullen moeten komen over de hulpverlening (...). Vrijblijvend gepraat levert niets op."
43. Gehandicapttenorganisaties als NVVS, NVBS, ANIB en BOSK, samenwerkend in de sectie belangenorganisaties van de Vereniging van Gehandicapttenorganisaties Rotterdam (VGR), hebben plannen in het kader van bijscholingscursussen aan gezinsverzorgsters voorlichting te geven over begeleiding van gehandicapte patiënten. Binnen het Gereformeerd Centrum voor Wel-

zijnsbehartiging is in dit verband al enig werk verricht. In 1985 zal de VGR zelf tweemaandelijks informatie gaan versturen aan alle posten van gezinsverzorging in de stad.

44. Volgens het COSBO klagen weinig ouderen bij een leidster gezinsverzorging omdat men bang is voor de consequenties: "Wie krijg ik dan?". Het komt voor dat cliënten in een dergelijke situatie zelf extra (betaalde) hulp inschakelen.
45. Een uitgebreider verslag van dit deelonderzoek is te vinden in: G.J. Sluijs en G.J. Visser, Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam; conceptverslag eerste fase, deel 2: De eerstelijnsgezondheidszorg in het nieuws, NHI, Utrecht, 1984.
46. Van Het Vrije Volk en het Rotterdams Nieuwsblad werd de stadseditie doorgenomen. Van Het Zuiden en De Havenloods, die beide tweemaal per week met verschillende edities verschijnen in respectievelijk het zuidelijk en het noordelijk deel van de stad, werd eveneens één editie gekozen. Van Het Zuiden werd de editie Centrum-Feijenoord doorgenomen; van De Havenloods de editie Schiebroek-Hilligersberg. De keuze voor juist deze edities is willekeurig, maar gerechtvaardigd gezien de grote overeenkomst in berichtgeving over gezondheidszorg in de verschillende edities van elk van beide bladen.
47. Berichten over de landelijke gezondheidszorg zijn buiten beschouwing gelaten; evenmin zijn de wekelijks verschijnende medische rubrieken in het Rotterdams Nieuwsblad en Het Vrije Volk meegeteld, omdat hierin in het algemeen alleen symptomen en behandelmethoden van ziekten worden beschreven.

LITERATUUR

- BOERMA, W.G.W. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984, Utrecht, NHI, 1984.
- BOERMA, W.G.W. en P.P. GROENEWEGEN. Werkgebieden in gezondheidscentra vergeleken; wijk- of praktijkgebonden werken door huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. In: Samsom-vademecum 'Eerstelijnszorg', Alphen a/d Rijn, Samsom, 1985.
- BOOT, J.M. en M.H.J.M. Knapen. De Nederlandse gezondheidszorg, Utrecht/Antwerpen, Spectrum, 1983.
- BOOTS, J. Verkleining van de huisartspraktijk, Gezondheid en Samenleving 5 (1984) 1.
- CATE, R.S. ten. Eerstelijnsgezondheidszorg. In: Roscam Abbing, E.W. (red.), Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland, Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch zakboek, 1984, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1984.
- GARRETSSEN, H.F.L. en A.I. WIERDSMA. Een locale gezondheidsenquête, wenselijkheid en mogelijkheden; resultaten van een Rotterdams vooronderzoek, Rotterdam, GGD, 1984.
- GEELLEN, K. e.a. Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg, Tilburg, IVG, 1981.
- GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST. Regionale gegevens uitkeringsgerechtigden AAW/WAO, Amsterdam, GMD, 1984.
- GEMEENTE HELMOND. Nota Eerstelijnsgezondheidszorg; beleidsperspectief gezondheidszorg, Gemeente Helmond, 1983.
- GEMEENTE ROTTERDAM. Discussienota Eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam, Gemeente Rotterdam, 1984.
- GEMEENTELIJK BUREAU VOOR ONDERZOEK EN STATISTIEK ROTTERDAM. Demografische gegevens 1984, Rotterdam, GBOS, 1984.
- KÖBBEN, A.J.F. De zaakwaarnemer, Intermediair 19 (1983)16.
- LAMBERTS, H. Morbidity in general practice; diagnosis related information from the Monitoring Project, Utrecht, Huisartsenpers, 1984.
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Basistakenpakket van de huisarts, Utrecht, LHV, 1983.
- MINDERHOUD, M. en J. RIETHORST. Inventarisatie gezondheidszorgvoorzieningen Rotterdam 1981, Rotterdam, GGD, 1984.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Nota Patiëntenbeleid, Den Haag, Vomil, 1981.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, Den Haag, Vomil, 1980.

- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg, Den Haag, WVC, 1983.
- NATIONAAL ORGAAN GEHANDICAPTENBELEID. Een dag heeft maar vierentwintig uur; ervaringen en wensen van ouders over hulp en begeleiding aan gezinnen met een gehandicapt kind, Utrecht, NOG, 1981.
- PETERS, L. De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg; over de kloof tussen feitelijke en gewenste verwijspatronen, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39 (1984) 1.
- PLAATSELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Notitie eerstelijnsgezondheidszorg en ontwikkeling thuiszorg in Rotterdam, Rotterdam, PHV, 1984.
- PROJECTGROEP EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG RUG. Het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg in de gemeente Hoogezand-Sappemeer, Groningen, RUG, 1983.
- S1-PROJEKT. Functies en minimumvoorwaarden voor regionale ondersteuningspunten; een notitie van de staf van het S1-projekt, Bunnik, S1, 1983.
- SMITS, A., C. HOSMAN en M. VAN KESTER. Psychologie en de eerstelijnsgezondheidszorg, Nijmegen, KUN, 1984.
- STICHTING SOCIALE BELANGEN SURINAMERS. Surinaamse bejaarden in Rotterdam; een inventariserend onderzoek naar hun problemen, wensen en behoeften, Rotterdam, SSBS, 1983.
- STUDIEGROEP VAN HET BREED COMITÉ WELZIJN. In de politieke houdgreep; over de praktijk van het Rotterdamse welzijnswerk, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE. Samenwerken tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogveen, Utrecht, NHI, 1982.
- TUINIER, A. Eerste hulp bij Marokkanen; een vooronderzoek naar de medische, fysiotherapeutische en sociaal-juridische hulpverlening aan Marokkaanse cliënten, Amsterdam, OSA, 1983.
- VOORN, Th. B. Chronische ziekten in de huisartspraktijk; een terreinverkenning, Utrecht, Bunge, 1983.
- WARMENHOVEN, N. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg; het oordeel van leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen, Utrecht, NHI, 1984.
- WERKGROEP GEZONDHEIDSZORG UTRECHT. Knelpunten in de Utrechtse eerstelijnszorg, Utrecht, WGU, 1980.
- WERKGROEP OUD VELD ZUID. Uitslag globaal onderzoek naar ervaringen/belevingen van mensen in de wijk Oud Veld Zuid m.b.t. het functioneren van de eerstelijns-hulpverlening; Velp, Stichting Samenlevingsopbouw, 1984.
- ZEE, J. van der. Wat verdient de huisarts in het buitenland?; Praktijkmanagement 1 (1985)1.

BIJLAGE 1

Lijst van organisaties met welke oriënterende gesprekken zijn gevoerd  
(februari/maart 1984)

- Stichting Ondersteuningsorgaan Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (STOEL)
- Rotterdams Onderzoeksplatform Extramuraal Gezondheidszorg (ROPEG)
- Stichting Bevordering Volksgezondheid (SBV)
- Stichting Katholieke Maatschappelijke Gezinszorg Rotterdam (KMG)
- Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (SSRK)
- Patiëntenplatform-in-oprichting
- Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (SMWR)
- Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV)
- Vereniging van Gehandicaptenorganisaties Rotterdam (VGR)
- Secretarieafdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen, gemeente Rotterdam
- Fobieclub Nederland
- Patiëntenvereniging Afrikaanderwijk





Organisatie	enqueteformulier						gesprek		
	onbestelbaar	geweigerd	niet-geretourn.; zonder reden	niet-geretourn.; met reden	geretourneerd; te laat	geretourneerd; org. opgeheven	geretourneerd	geweigerd	gehouden
<u>Cat. Pat./cl.org (vervolg)</u>									
Ned. ALS-stichting							X		
Ned. Cystic-Fibrosis st 2)					X				
Ned. Migrainepatiëntenver.							X		X
Ned. MS-stichting							X		X
Ned. Sarcoïdosever.			X						
Ned. St. v. stembandlozen					X				
Ned. Ver. v. hemofiliepat.							X		
Ned. Ver. v. stomapatiënten (Harry Baconclub) 2)							X		X
Parkinsonpatiëntenver.							X		X
Psoriasispatiëntenver.							X		X
St. Eerste hulp bij hart- storing	X								
Ver. ter bevordering van de belangen van astmatici (Vbba)							X		X
Ver. van reumapatiënten							X		X
Ver. Spierziekten Nederland			X						
Ver. Voor- en nazorg bij hartstoring						X			
Werkgroep Afasiesociëteit							X		
<u>3. Gehandicapten- en ouder- organisaties</u>									
ANIB, Bond van gehandicap- ten en arb.ongeschikten							X		X
Bond van motorisch gehan- dicapten BOSK							X		X
Bond van Ned. militaire oorlogs- en dienstslachtoff.				X					

Organisatie	enqueteformulier						gesprek		
	onbestelbaar	geweigerd	niet-geretourn.; zonder reden	niet-geretourn.; met reden	geretourneerd; te laat	geretourneerd; org. opgeheven	geretourneerd	geweigerd	gehouden
Geh./ouderorg. (vervolg)									
Chr. Dovenvereniging 'Draagt elkanders lasten'							X		
Dit Koningskind							X		X
Gehandicapten Organisatie Nederland (GON)							X	X	
Ned. Chr. Blindenbond							X		
Ned. Ver. AVO				X					
Ned. Ver. van Blinden en Slechtzienden (NVBS)							X		X
Ned. Ver. voor Slechtho- renden (NVVS)							X		X
Oudercie. Beatrix-Irene			X						
Oudercie. Mytyschool					X				
Oudercie. Tyltyschool							X		
Ouderraad Rudolf Mees Instituut					X				
Philadelphia					X				
Platform WAO/AAW-groepen							X		X
R.K. Dovenvereniging Franciscus van Sales							X		
Rotterdamse ver. van blindenbelangen				X					
Slechthorende Jongeren Organisatie (SHJO)							X		
Ver. Het Ned. Blinden- en slechtziendenwezen							X		
Ver. van Ouders van Gees- telijk Gehandicapten (VOGG)							X		

Organisatie	enqueteformulier						gesprek	
	onbestelbaar	geweigerd	niet-geretourn.; zonder reden	niet-geretourn.; met reden	geretourneerd; te laat	geretourneerd; org. opgeheven	geretourneerd	gehouden geweigerd
<u>4. Zelfhulpgroepen</u>								
Anonieme Families							X	X
Belangengroep Vrouwen van gedetineerden							X	
Hyperventilatiestichting <sup>4)</sup>							X	X
Ongewild kinderloze echtp.							X	
Phoenix							X	X
Recht op verdriet en hoe verder							X	
Ver. tegen seksuele kinder- mishandeling binnen het gezin							X	
Vrouwen zonder baarmoeder							X	
Vrouwen bellen vrouwen							X	X
Vrouwen in de overgang			X					
Vrouwen tegen verkrachting							X	
Werkgroep Borstkanker (Webo)							X	X
<u>5. Overige organisaties</u>								
Gezondheidswinkel (CvV)							X	X
Junkiebond <sup>3)</sup>	X							
Landel. Org. Moderne Zwakzinnigenzorg			X					
Landel. Ver ter bevordering van de homeopathie <sup>2)</sup>							X	
Rotterdamse Stichting voor Autisme (SAR)					X			
De Schakel			X					
St. Centrum voor Vrijwil- ligers				X				

Organisatie	enqueteformulier						gesprek		
	onbestelbaar	geweigerd	niet-geretourn.; zonder reden	niet-geretourn.; met reden	geretourneerd; te laat	geretourneerd; org. opgeheven	geretourneerd	geweigerd	gehouden
<u>Overige org. (vervolg)</u>									
St. tot Voorlichting over Stotteren (SVS)							X		
Ver. Ned. Astma Fonds							X		
Ver. tot steun aan het Koningin Wilhelminafonds			X						
Ver tot steun aan de reuma-bestrijding		X							
Vrienden van de Hartstichting							X		
Vrouwengezondheidscentrum in oprichting			X						
	3	1	10	4	7	2	52	1	25

Totaal: 79 organisaties

- 1) Bij landelijke organisaties gaat het om de plaatselijke of regionale afdelingen, tenzij anders vermeld.  
Anonieme Alcoholisten ontbreekt; met deze organisatie is mondeling contact gelegd.
- 2) 'Landelijk' beantwoord.
- 3) Op een tweede brief, aan een ander adres, is niet gereageerd.
- 4) In het rapport als categoriale patiëntenvereniging beschouwd.

Voor het samenstellen van deze lijst is geput uit de volgende bronnen:

- Stadsgids Rotterdam
- Informatie van 'Wijzer ouder worden' (WOUW)
- Informatie van het Rotterdamse Patiëntenplatform-in-oprichting.
- Informatie van de Vereniging van Gehandicaptenuorganisaties Rotterdam.
- Archief van het Utrechtse Informatie- en Documentatiecentrum (IDC)

Utrecht, 20 maart 1984  
REG/078/JV/cp

Aan alle Patiënten- en Cliëntenverenigingen, Ouderverenigingen en Zelfhulpgroepen  
in  
ROTTERDAM



nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-31 99 46

Mevrouw, mijnheer,

Het Nederlands Huisartsen Instituut in Utrecht verricht momenteel in opdracht van de Rotterdamse Stichting Bevordering Volksgezondheid (SBV) onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam.

Wij zijn vooral geïnteresseerd in de vraag hoe organisaties van patiënten of cliënten denken over de 'eerste lijn', dat ruime werkgebied van huisarts, algemeen maatschappelijk werk, wijkverpleging, fysiotherapeut, gezinszorg en aanverwante beroepen.

Zover zijn we echter nog niet.

Wij willen ons nu allereerst een beeld vormen van de verschillende organisaties van patiënten en cliënten, die er in Rotterdam bestaan. Wij verzoecken u dan ook vriendelijk om voor uw organisatie bijgaande vragenlijst in te vullen en aan ons te retourneren. U kunt daarbij gebruik maken van bijgevoegde antwoord-enveloppe; een postzegel is dan niet nodig.

In verband met de voortgang van het onderzoek zouden wij het op prijs stellen als u de ingevulde vragenlijst uiterlijk 1 april a.s. aan ons toestuurt. Mocht u vragen hebben over de lijst of over het onderzoek, neemt u dan gerust contact met ons op (tel. 030-319946 tst. 37).

Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,  
NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT  
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek

drs. G.J. Visser

Bijlagen: - vragenlijst  
- antwoord-enveloppe

nederlands huisartsen instituut  
postbus 2570 3500 GN utrecht  
telefoon 030-31 99 46



REG/076/JV/cp

Utrecht, 20 maart 1984

1. Naam van de organisatie ..... (afd. ....\*)

- 2. Soort organisatie            - algemene patiëntenvereniging
- categorale patiëntenvereniging
- oudervereniging
- zelfhulpgroep
- anders, nl. ....

3. Hoe omschrijft u het doel van de organisatie?

4. Hoeveel leden heeft de organisatie? .....

5. Op welke manier(en) hebben de leden onderling contact?

6. Bestaat er een verenigingsblad?

- ja, naam: .....
- nee

\* Ook voor plaatselijke afdelingen van landelijke organisaties hebben alle vragen uitsluitend betrekking op de situatie in Rotterdam e.o.

# 2

7. Heeft de *organisatie* op enigerlei wijze overleg met

- organisaties van hulpverleners? ja  nee   
 zo ja, met welke? .....
- .....
- andere patiëntenorganisaties? ja  nee   
 zo ja, met welke? .....
- .....
- de gemeente? ja  nee   
 zo ja, met welke afdeling? .....
- .....
- de ggd ja  nee
- het ziekenfonds ja  nee
- andere organisaties ja  nee   
 zo ja, met welke? .....
- .....

8. Heeft de *organisatie* op enigerlei wijze contact met hulpverleners in

- de eerstelijnsgezondheidszorg ja  nee
- de kring van medisch specialisten ja  nee
- de ziekenhuizen ja  nee
- de verpleegtehuizen ja  nee

Met welke van de vier genoemde categorieën heeft de organisatie het meest van doen?  
.....

Met welke het minst?  
.....





BIJLAGE 4. Lijst van organisaties, niet specifiek op de gezondheidszorg gericht, die voor een gesprek zijn uitgenodigd 1).

Aktiekomitee Pro Gastarbeiders (AKPG)  
Bond van Weduwen en Weduwnaars (BWW)  
Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO)  
Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)  
Federatie van Schippersbonden  
Jongerenbeweging verbonden met de FNV  
Kindertelefoon  
Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen (NVvH)  
Platform Buitenlandse Vrouwen (PBV)  
Rotterdamse Vrouwenraad  
Stichting Sociale Belangen Surinamers (SSBS)  
Stichting Buitenlandse Werknemers Rijnmond (SBWR) (voorheen SHBW)  
Stichting De Stempelaar  
Stichting Welzijnsbevordering Antillianen (SWA)  
Unie van Vrijwilligers (UvV)  
Vrouwen in de bijstand

- 1) Bij landelijke organisaties gaat het om de plaatselijke afdelingen. De Federatie van Schippersbonden, de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen en Vrouwen in de bijstand hebben niet aan de gesprekken meegedaan omdat, respectievelijk, informatie over schippers al via de gemeente was verkregen, de organisatie net had deelgenomen aan eerder NHI-Onderzoek (Warmenhoven, 1984) en nader contact niet mogelijk bleek.

nederlands huisartsen I  
postbus 2570 3500 GN  
telefoon 030-



BIJLAGE 5 -

LIJST VAN ONDERWERPEN VOOR DE  
GESPREKKEN IN DE EERSTE FASE (PATIENTEN)<sup>1</sup>



REG 125 JV/BS  
17 april 1984

## ONDERZOEK KNELPUNTEN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG ROTTERDAM

### Lijst van onderwerpen voor de gesprekken met patiëntenorganisaties en algemene organisaties

Onderstaande lijst geeft de onderwerpen weer die in de gesprekken met vertegenwoordigers van de organisaties aan de orde zullen komen. De vraagvorm impliceert niet dat de vragen ook letterlijk zó en niet anders gesteld zullen worden.

Er moet rekening mee gehouden worden dat de onderwerpen voor de verschillende organisaties van wisselend belang zijn. In de gesprekken zullen de relevante onderwerpen verder worden uitgewerkt; de manier waarop dat gebeurt valt niet bij voorbaat vast te leggen.

Tijdens het gesprek zal informatie over enerzijds (de mening van) de organisatie zelf en anderzijds (ervaringen van) de leden van de organisatie voorzover mogelijk van elkaar worden gescheiden.

#### 1. De eigen organisatie

\* Met welk doel is de organisatie destijds opgericht?

Is dat gebeurd omdat de hulpverlening tekort schoot? Is dat nog zo?

#### 2. Specifieke problemen

\* Welke van de bij het onderzoek betrokken disciplines zijn voor de leden van de organisatie van specifiek belang?

\* Zijn deze disciplines voldoende op de hoogte van de specifieke problemen van de leden van de organisatie?

\* Zijn er problemen waarmee de leden van de organisatie niet bij deze disciplines terecht kunnen?

\* Krijgen de leden van de organisatie voldoende voorlichting over hun specifieke problemen?

\* Heeft de organisatie contacten met individuele hulpverleners of organisaties van hulpverleners over die problemen?

\* Wijzen hulpverleners patiënten op het bestaan van de organisatie?

\* Zijn er chronisch zieken onder de leden van de organisatie en speelt de eerste lijn een rol in de verzorging van deze mensen?

### 3. Organisatie van de hulpverlening

- \* Wat merken patiënten van samenwerking in de eerste lijn? Wat vindt de organisatie van samenwerking in de eerste lijn?
- 1) \* Tussen welke hulpverleners bestaat overleg? Vindt de organisatie dat ook nodig? Tussen welke hulpverleners bestaat geen overleg? Vindt de organisatie dat toch nodig? Zijn er bezwaren tegen al te veel overleg?
- \* Hoe zijn de ervaringen van leden van de organisatie met verwijzingen van eerste naar tweede lijn?
- \* Kan de eerste lijn naar de mening van de organisatie een rol spelen als de patiënten zijn opgenomen? En in de nazorg?
- \* Vindt de organisatie dat hulpverleners in de eerste lijn altijd bereikbaar moeten zijn?
- \* Hoe zijn de ervaringen van de leden van de organisatie wat betreft de bereikbaarheid van de hulpverlening?
- \* Zijn huisarts, tandarts, apotheek, maar ook gezinszorg of maatschappelijk werk 's avonds en in de weekeinden voldoende bereikbaar?
- \* Heeft de organisatie suggesties over mogelijk verbeteringen van de bereikbaarheid?

### 4. Beleid

- \* Ziet de organisatie problemen bij de zorg aan de leden van de organisatie als gevolg van
  - het niet samenvallen van de patiëntenbestanden van de verschillende hulpverleners;
  - de wijkwelzijnsplanning;
  - de verschillende financieringsstromen in de eerste lijn;
  - het ontbreken van een wettelijk vastgelegd vestigingsbeleid voor de vrije beroepsbeoefenaren;
  - andere punten op het gebied van de organisatie?
- 1) \* De gemeente pleit voor 'meer samenhang in de eerste lijn': wat zou dat voor patiënten kunnen betekenen?
- 1) \* Hoe staat de organisatie tegenover een beleid dat het doel heeft 'de eerste lijn te versterken'?
- 1) \* Welke organisatie kan het best 'de patiënt' vertegenwoordigen in toekomstige overlegorganen?

## 5. Rotterdamse problemen

- 1) \* Wat zijn drie specifiek Rotterdamse (of grootstedelijke) problemen?  
Wat kan de eerste lijn doen om die problemen te verlichten?

## 6. Klachten

- \* Wordt de organisatie geconfronteerd met klachten over de gezondheidszorg?  
Wat wordt er met die klachten gedaan? Zijn de mogelijkheden om te klagen voldoende en voldoende bekend?

## 7. Besluit

- \* Waar zou de organisatie voor kiezen als ze de beschikking kreeg over een miljoen gulden, vrij te besteden in de (eerstelijns)gezondheidszorg in Rotterdam? Zouden de leden hetzelfde kiezen?
- \* Waar zou de organisatie voor kiezen als ze tot taak kreeg een miljoen te bezuinigen in de (eerstelijns)gezondheidszorg in Rotterdam? Zouden de leden hetzelfde kiezen?

-----

- 1) De lijst werd enkele dagen van te voren aan de gesprekspartners toegestuurd.  
De vragen met 1) zijn in een latere versie vervallen.  
Een vraag over vrijwilligers werd toegevoegd; onder 'organisatie' werd ook nadrukkelijk gevraagd naar de bereikbaarheid van de wijkverpleging.

BIJLAGE 6. Lijst van aandachtspunten voor de gesprekken in de tweede fase

Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (OKER)

De visie van hulpverlenende en ondersteunende organisaties, ziekenfonds, gemeente en politieke partijen.

Lijst van aandachtspunten

Onderstaande punten kunnen achtereenvolgens in de gesprekken aan de orde worden gesteld. Daarbij moet telkens onderscheid worden gemaakt tussen

- commentaar op de visie van patiënten (de cijfers tussen haakjes verwijzen naar de betreffende hoofdstukken en paragrafen in het interimrapport)
- de eigen visie.

Ook kan onderscheid worden gemaakt tussen

- de huidige situatie
- de gewenste situatie
- mogelijkheden om die te bereiken.

1. Afzonderlijke disciplines (4)

- inhoudelijke aspecten (4. .1; 12.1)
- organisatorische en structurele aspecten (bereikbaarheid, spreiding) (4. .2; 12.2)
- contacten met patiëntenorganisaties (4. .3; 5.1; 12.3)

2. Samenwerking in de eerste lijn (7)

- inhoudelijke aspecten
- organisatorische en structurele aspecten (herverkaveling, financiering, ondersteuning)

3. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn (8)

- inhoudelijke aspecten
- organisatorische en structurele aspecten

4. Contacten met

- alternatieve genezers (6)
- (organisaties van) vrijwilligers (5.2)

5. Klachtenbehandeling (10)

6. Wensen van patiënten (11)

- schriftelijk commentaar via bijgevoegd enqueteformulier

BIJLAGE 7 - VOORBEELD VAN DE CONSEQUENTIES DIE EEN INTENSIEVERE  
BEGELEIDING VAN CHRONISCHE PATIËNTEN ZOU KUNNEN HEBBEN

Bij het berekenen van de consequenties die een intensievere begeleiding van chronisch zieke patiënten voor het werk van de huisarts zou kunnen hebben, is van een aantal vooronderstellingen uitgegaan.

1. Het aantal chronische patiënten in de praktijk bedraagt 27.4 % (Voorn, 1983); wij schatten dat de helft van deze patiënten (dus 14 % van alle patiënten) maandelijks één kwartier begeleiding verlangt.
2. De arts zelf werkt 10 uur per dag gedurende 220 dagen per jaar en hij besteedt (Boots, 1984) tweederde van zijn tijd aan directe patiëntenzorg. Deze zorg kost hem derhalve  $10 \times 220 \times \frac{2}{3} = 1466$  uur per jaar.

Bij een praktijkgrootte van 2600 patiënten zal het aantal patiënten dat begeleiding vraagt 364 bedragen (14 % van 2600); samen zal begeleiding de arts jaarlijks  $364 \times 15$  minuten  $\times 12$  maanden = 1092 uur kosten.

Voor de 2236 andere patiënten (86 % van 2600) blijven derhalve jaarlijks  $1466 - 1092 = 374$  uren over: gemiddeld 0.17 uur (10.2 minuten) per patiënt.

Bij een praktijkgrootte van 2000 zullen 280 patiënten jaarlijks 840 uur begeleiding vragen. Voor 1720 andere patiënten zullen in dat geval jaarlijks  $1466 - 840 = 626$  uren overblijven: gemiddeld 0.36 uur (21.6 minuten) per patiënt.

