



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

**VOORONDERZOEK
SCENARIO-PROJECT
"EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG"**

D. Wijkel
A. Morenc

oktober 1987

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

INHOUDSOPGAVE

DEEL I: ONDERZOEK NAAR DE HAALBAARHEID VAN EEN SCENARIO-ONDERZOEK OP HET TERREIN VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

1. Inleiding	1
2. Doelstelling van het vooronderzoek	2
3. Uitvoering van het vooronderzoek	4
4. Conclusies	8
4.1. Inleiding	8
4.2. Voorstel voor een gecombineerd scenario-project thuiszorg, relatie eerste-tweedelij	10
4.3. Mogelijke scenario's	12
4.4. Variabelen in het onderzoek	15
4.5. Opzet van het onderzoek	18
4.6. De scenario-commissie	20
4.7. Samenvatting	21

DEEL II: ACHTERGROND MATERIAAL BIJ HET ADVIES

1. De eerstelijnsgezondheidszorg	23
1.1. De definitie van de eerstelijns(gezondheids)zorg	23
1.2. Karakteristieken en knelpunten binnen de ELGZ	24
1.3. Structuurschets van de ELGZ	25
1.3.1. De algemene medische zorg	25
1.3.2. Wijkverpleging	28
1.3.3. Gezinsverzorging	30
1.3.4. Algemeen maatschappelijk werk	33
1.3.5. Fysiotherapie	34
1.4. Het overheidsbeleid inzake de eerstelijnsgezond- heidszorg	36
2. Thuiszorg	40
2.1. Hulpverleners	40

2.2.	Functies in de thuiszorg	41
2.3.	Ontwikkeling hulpvraag	42
2.4	Gesignaleerde ontwikkelingen	46
2.5.	Scenario's thuiszorg	48
3.	De relatie tussen de eerste- en tweedelij	55
3.1.	Inleiding	55
3.2.	Korte schets van het veld	55
3.3.	Ontwikkelingen	59
3.4.	Modellen bij de relatie tussen eerste- en tweedelij	61
3.5.	Bronnen van gegevens	62
3.6.	Scenario's relatie eerste- en tweedelij	63
4.	De relatie ELGZ - geestelijke basisgezondheidszorg en basis- gezondheidszorg	66
4.1.	De relatie ELGZ - geestelijke gezondheidszorg	66
4.2.	De basisgezondheidszorg en de eerstelij	69
LITERATUUR		72
BIJLAGE:	Lijst van geïnterviewde deskundigen	87

DEEL I: ONDERZOEK OMTRENT DE HAALBAARHEID VAN EEN SCENARIO-ONDERZOEK OP HET TERREIN VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

1. INLEIDING

Deze rapportage van het vooronderzoek naar de mogelijkheid op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg een scenario-studie te verrichten, bestaat uit twee delen.

In het eerste deel wordt eerst een uiteenzetting gegeven van de werkzaamheden tijdens het vooronderzoek en wordt daarna een voorstel voor een scenario-studie geformuleerd.

De motivatie voor de haalbaarheid van zo'n studie wordt in het eerste deel summier aangegeven. In het tweede deel wordt meer uitgebreid inzicht gegeven in de mogelijkheden die er in de eerstelijnssector bestaan voor een scenario-studie.

Behalve een beschrijving van de belangrijkste disciplines in de eerstelijns, wordt een beknopt overzicht gegeven van literatuur en toekomstige ontwikkelingen binnen de eerstelijns en in de relatie met andere sectoren van de gezondheidszorg. Hier wordt alvast een voorshot genomen op de eigenlijke scenario-studie. De rapportage over deze ontwikkelingen is in dit rapport opgenomen omdat het een beeld geeft van de relevantie van een scenario-studie op het terrein van de eerstelijns.

2. DOELSTELLING VAN HET VOORONDERZOEK

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) heeft bij schrijven van 12 maart 1987 aan het NIVEL opdracht verstrekt tot het uitvoeren van een vooronderzoek "scenario-studie eerstelijnsgezondheidszorg".

In dit rapport wordt van het vooronderzoek, dat vier maanden duurde, verslag gedaan.

In het onderzoeksvoorstel dat ten behoeve van de STG werd opgesteld, wordt de doelstelling voor het vooronderzoek als volgt omschreven:

"Het beoordelen van de haalbaarheid en de voorbereiding van een scenario-onderzoek op het gebied van de ELGZ. In het vooronderzoek dient uitgezocht te worden voor welke onderdelen van de ELGZ een scenario-onderzoek zinvol kan zijn. Daarnaast dient ook een verantwoorde keuze gemaakt te worden van het hoofdaccent voor het scenario-project".

Het vooronderzoek richt zich op drie vraagstellingen:

- 1) Welke aspecten (onderdelen) van de ELGZ lenen zich, mede gelet op de beschikbaarheid van gegevens, voor een scenario-studie?
- 2) Welke gegevensbronnen zijn in de ELGZ beschikbaar? Het gaat hier zowel om databestanden als om literatuur.
- 3) Hoe zal de opzet en organisatie van een scenario-project eruit zien?

De doelstelling van het vooronderzoek moet gezien worden in het licht van de taak van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG, 1983).

Deze taak bestaat uit het schetsen van een beeld van mogelijke en wenselijke toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden is het opstellen van scenario's.

Voorafgaand aan een scenario-project acht de STG het verstandig om een vooronderzoek uit te voeren, waarin de vraag wordt gesteld in hoeverre een scenario-project op het te onderzoeken terrein haalbaar is, mede gezien de beschikbare gegevens en literatuur. Verder kan in het vooronderzoek een inzicht worden verkregen in vragen die bij beleidsmakers in de gezondheidszorg leven ten aanzien van de toekomst

van de gezondheidszorg, in casu de eerstelijnsgezondheidszorg. Over deze haalbaarheidsstudie wordt in het voor u liggende rapport verslag gedaan.

Het vooronderzoek geeft daarnaast een aanzet voor de activiteiten die in het eigenlijke scenario-project uitgevoerd moeten worden.

Scenario's; een begripsafbakening

Scenario's kunnen worden gedefinieerd als een beschrijving van de samenleving of een gedeelte daarvan, van mogelijke toekomstige toestanden van die samenleving, alsmede van reeksen van gebeurtenissen die vanuit de huidige toestand naar die nieuwe toestand zouden kunnen leiden. Het doel van een scenario-project is het anticiperende vermogen van het beleid op langere termijn te vergroten. Het opstellen van scenario's biedt verder de mogelijkheid meer zicht te krijgen op de lange-termijngevolgen van reeds gekozen doelstellingen. Scenario's kunnen ook de samenhang aangeven tussen beleidsbeslissingen in verschillende beleidssectoren. Voorts worden de verschillen duidelijker, indien bepaalde alternatieven op hun consequenties zijn uitgewerkt (Schreuder, 1987).

De resultaten worden o.a. verwerkt in strategische beleidsnota's. Scenario's moeten tot inzichten leiden, die bijdragen tot een meer verantwoorde prioriteitenstelling op het terrein van de volkgezondheid en de gezondheidszorg.

Scenario's zijn daarom van belang voor de overheid, beroepsgroepen, instanties van gezondheidszorg, politici enz..

Een scenario is geen toekomstvoorspelling in absolute zin. Het is een techniek, die het mogelijk maakt op grond van bepaalde aannamen, zich een aantal mogelijke toekomst voor te stellen.

Een scenario-project omvat de volgende activiteiten: (STG, 1986; Becker en de Vries, 1982).

- Basisanalyse inclusief een verkenning van de problematiek die in het project aan de orde wordt gesteld (probleem-analyse);
- Een toekomst-analyse, met name een beschrijving van mogelijke omgevingsconstellaties (contexten en eindsituaties (toekomstbeelden));
- De ontwikkelingen van strategieën, inclusief wenselijk geoordeelde eindsituaties (streefbeelden);
- Een analyse van te verwachten effecten en neveneffecten van de overwogen strategieën (consequentie-analyse, ook impact assessment genaamd).

3. UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK

Bij het opstellen van een werkplan van het vooronderzoek werd overwogen, dat de eerstelijnsgezondheidszorg een begrip is, dat een sector van de gezondheidszorg aanduidt die niet gedomineerd wordt door één organisatievorm. Tot de eerstelijnsgezondheidszorg worden zulke uiteenlopende functies gerekend als tandheelkundige zorg en verloskundige zorg, die in het algemeen elk op hun eigen terrein en los van elkaar uitgeoefend worden. Deels wordt de eerstelijnszorg door zelfstandige, vrije beroepsbeoefenaren uitgevoerd, deels ook door beroepsbeoefenaren die in dienstverband werken van grotere organisaties. Door de uiteenlopende functies en de verschillen in organisatorische inbedding wordt de eerstelijnsgezondheidszorg gekenmerkt door gebrek aan samenhang, ook waar functies van verschillende groepen beroepsbeoefenaren elkaar raken of waar dezelfde functies door verschillende beroepsbeoefenaren uitgeoefend worden.

Hierdoor is het niet goed mogelijk scenario's voor de eerstelijnszorg als geheel te ontwerpen. Er is gekozen voor deelterreinen waar samenhang tussen voorzieningen mogelijk en wenselijk is.

Teneinde een zo volledig mogelijk beeld te krijgen, werd besloten een breed samengestelde groep van deskundigen van gedachten te laten wisselen over de mogelijkheid op één van de terreinen van de ELGZ een scenariostudie te verrichten. Deze groep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de belangrijkste disciplines (of koepelorganisaties) in de eerstelijns; financiers en beleidsvoerende instanties; met daarnaast deskundigen uit de universitaire wereld (lijst met deskundigen is in de bijlage opgenomen).

Bij de keuze van de mogelijke onderwerpen voor een scenario-studie werden als criteria gebruikt:

- de verwachting dat op dat terrein belangrijke ontwikkelingen te voorzien zijn, of noodzakelijk geacht worden verband met bestaande knelpunten;
- er een samenhang tussen de verschillende voorzieningen bestaat;
- er sturingsmogelijkheden bestaan of gecreëerd kunnen worden.

De voornaamste activiteit in het vooronderzoek betrof een interviewronde bij de groep deskundigen, daarna is een discussie-bijeenkomst met een aantal van die deskundigen georganiseerd om een aantal moge-

lijke alternatieve scenario's uit te kunnen werken, de betrokkenheid van het veld ook al tijdens het vooronderzoek te bewerkstelligen en om een gemotiveerde keuze te kunnen maken van die aspecten in de ELGZ waarop een scenariostudie uitgevoerd kan worden.

Het raadplegen van deskundigen is één van de bronnen van informatie die in het vooronderzoek gebruikt zijn. Daarnaast is een overzicht samengesteld van de gegevens op het terrein van de ELGZ die gebruikt kunnen worden voor het maken van trendberekeningen voor de te ontwikkelen scenario's. Ook werd literatuur doorgenomen, zowel op het beleidsterrein van de ELGZ als op het terrein van de scenariomethode. Daarbij is onder meer gebruik gemaakt van de Nederlandse beleidsnota's, die het afgelopen decennium over de (eerstelijns)gezondheidszorg verschenen zijn. Voor het analyseren van verschillende alternatieven voor de opbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg en een analyse van de consequenties van zo'n andere structuur is het aan te bevelen om in het hoofdonderzoek de structuur van de ELGZ in andere landen te bestuderen.

Voor de interviewronde bij de deskundigen werd een vragenlijst opgesteld, waarin een aantal gespreksonderwerpen aan hen werd aangeboden. Deze onderwerpen betroffen de volgende terreinen:

- De thuiszorg;
- De relatie tussen de eerste- en tweedelijns van de gezondheidszorg;
- De psycho-sociale hulpverlening;
- De basisgezondheidszorg en de eerstelijns;
- Nieuwe functies en beroepen in de eerstelijns.

Voor alle vijf terreinen werd gevraagd in hoeverre men ontwikkelingen voorzag, danwel wenste op het inhoudelijke vlak, dat wil zeggen: ontwikkelingen in de hulpvraag, veranderende hulpbehoefte, technologische vernieuwingen en veranderingen in het hulpaanbod. Vanwege de per definitie directe en onbelemmerde toegankelijkheid van de eerstelijns en de daarmee samenhangende moeilijk te specificeren vraag naar thuiszorg, werd ook veel aandacht besteed aan de te verwachten ontwikkelingen in 'sturende' aspecten zoals de financiering, wet- en regelgeving en de organisatie en structuur. Aangezien tijdens de interviews bleek dat de nieuwe functies of beroepen vooral binnen de overige onderwerpen waren onder te brengen, wordt in het tweede gedeelte van het rapport niet apart over nieuwe functies gerapporteerd.

Achtergrond bij de keuze van de vijf terreinen

- a) Ontwikkelingen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ) wijzen in de richting van meer integratie. Als een integrerend concept van het hulpaanbod van de kerndisciplines geldt momenteel **de thuiszorg**. De kerndisciplines in de ELZ zijn de huisarts, de wijkverpleging, het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. Van de vier kerndisciplines wordt verondersteld dat hun werk zoveel raakvlakken heeft, dat - mede met het oog op verwachte verschuivingen in de hulpvraag - organisatorische samenwerking en coördinatie van toenemend belang is (zie deel II, hoofdstuk 2). Verwachtingen over verschuivingen in de hulpvraag worden onder meer uitgesproken in de scenario-studies 'Ouder worden in de toekomst' en 'Kanker in Nederland' (zie deel II, hoofdstuk 3).

In scenario's rond de thuiszorg is het denkbaar dat aan nu nog ontbrekende functies vorm wordt gegeven, bijvoorbeeld op het gebied van de patiënt-gerichte coördinatie van het hulpaanbod.

- b) Ontwikkelingen in de relaties met andere sectoren van de gezondheidszorg:

- relatie tussen de eerste- en tweedelijns. Kenmerkend voor de Nederlandse gezondheidszorg is de getrapte toegang tot de specialistische zorg via de verwijzing. Veranderingen van de patiëntenstromen van de eerste- naar de tweedelijns zijn van grote invloed op enerzijds de belasting van hulpverleners en anderzijds op de kosten van de gezondheidszorg.
- de relatie eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg. Psycho-sociale problemen zijn een belangrijk onderdeel van de hulpvraag in de eerstelijns. Het beleid is erop gericht, dat de 'lichtere' problematiek in de eerstelijns behandeld wordt, met name door het algemeen maatschappelijk werk en de huisarts en dat de 'zwaardere' problematiek verwezen wordt naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ook in de zorg bij de patiënt thuis is veelal sprake van psycho-sociale hulpverlening. De introductie van de eerstelijns-psycholoog en de psychogeriatric staan momenteel in de belangstelling.
- de relatie basisgezondheidszorg en de eerstelijns. De basisge-

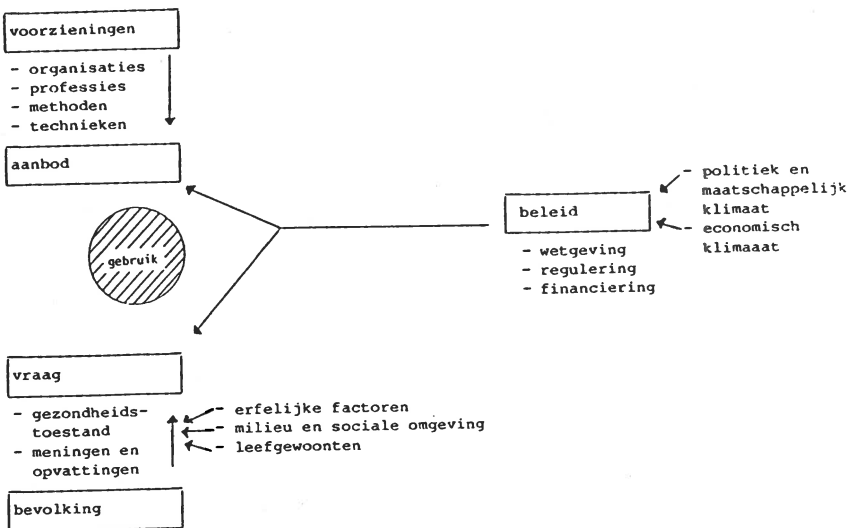
zondheidszorg richt zich onder meer op de collectieve preventie, de eerstelijns op de individuele preventie en uiteraard curatie en verzorging. Er zijn wel raakvlakken tussen beide sectoren, bijvoorbeeld huisartsen die aan systematische opsporing doen in hun praktijk. Scenario's op het gebied van de eerstelijns, waarin preventie een belangrijke rol speelt, moeten aandacht besteden aan de relatie eerstelijns-basisgezondheidszorg.

4. CONCLUSIES

4.1. Inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg wijkt, als object van een scenariostudie, af van eerdere scenario studies, zoals die m.b.t. de veroudering, kanker en hart- en vaatziekten. Deze laatste hebben betrekking op welomschreven categorieën mensen/patiënten, mogelijke ontwikkelingen in behandelingswijzen, autonome ontwikkelingen in de incidentie, enzovoort. Een scenario-project over de **sector** van de ELGZ omvat de gehele Nederlandse bevolking. Het begrip ELGZ verwijst naar de organisatie en structuur van de hulpverlening. Daarin spelen ook aspecten van de vraag naar zorg een belangrijke rol, maar deze zijn niet de enige aspecten, waarmee rekening moet worden gehouden. In de te ontwikkelen scenario's zijn aspecten van de organisatie van het zorgaanbod, evenals de financiering en regulering van de sector van even groot belang.

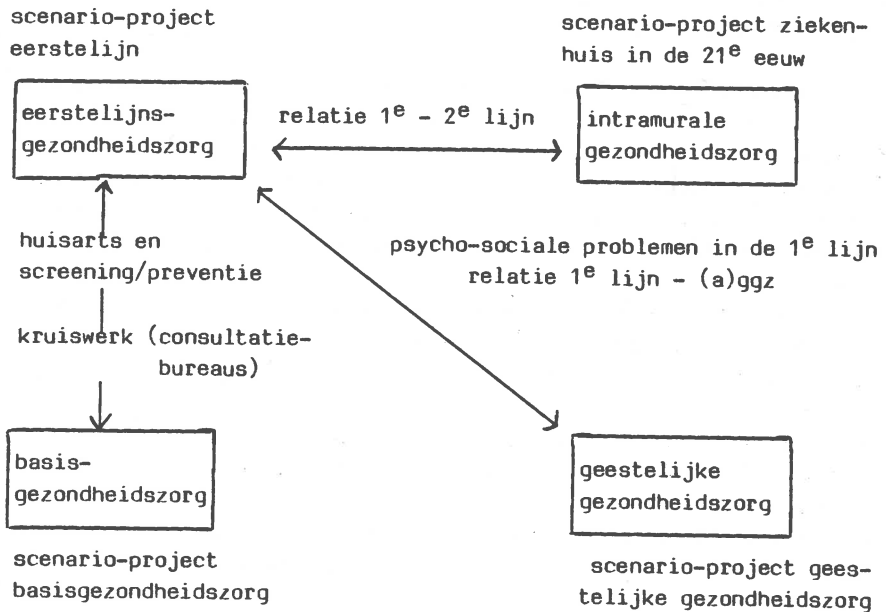
In het onderstaande schema (overgenomen uit de Nota: "De vier Landelijke instituten voor gezondheidszorgonderzoek"; NZI, NCGV, NIPG, NIVEL, 1986) wordt dat duidelijk gemaakt.



De uitkomsten van andere STG-projecten kunnen gebruikt worden als een van de inputs van het scenario-project ELGZ. Zo wordt bijvoorbeeld in één van de thuiszorg-scenario's van het STG-project 'Kanker in Nederland' een toename van de vraag naar 'thuiszorg' met 5% per jaar verwacht voor kankerpatiënten.

De STG heeft niet alleen opdracht gegeven voor een (voor-)onderzoek over de sector van de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook onder andere over de basisgezondheidszorg (aan het NIPG-TNO), de geestelijke gezondheidszorg (aan het NcGv) en de intramurale gezondheidszorg (aan de vakgroep Planning en Beleid, RU Utrecht en het NZI). Bezien vanuit de ELGZ zijn er belangrijke relaties met elk van deze sectoren. Het verdient ons inziens aanbeveling dat in de scenario-studies over deze sectoren aandacht besteed wordt aan deze relaties. Er zijn, tussen haakjes, al contacten door ons gelegd met de genoemde instituten. Daarnaast zijn er verbindingen met het project 'home care technology' (Banta e.a., 1987).

Er bestaan de volgende relaties tussen de genoemde scenario(voor)-studies:



4.2. Voorstel voor een gecombineerd scenario-project thuiszorg, relatie eerste-tweedelij

Letten we vooral op de relevantie van de aandachtsvelden die tijdens het vooronderzoek aan een analyse zijn onderworpen, dan kunnen we stellen dat de thuiszorg en de relatie eerste-tweedelij zich zouden kunnen lenen voor een scenario-project. Het belang van deze terreinen komt ook in het regeringsbeleid van de afgelopen decennia tot uiting: Versterking van de eerstelij en terugdringing van de zorgverlening in de tweedelij. Het substitutievraagstuk vormt in het voorgestelde scenario-project de verbinding tussen de begrippen thuiszorg en relatie eerste-tweedelij. Het is immers voor de (vraag naar) thuiszorg van belang hoeveel verplegings- en verzorgingsbehoefte personen in intramurale instellingen kunnen worden opgevangen. Voor de relatie eerste- en tweedelij is het evenzeer van belang hoeveel patiënten binnen de eerstelij behandeld of begeleid kunnen worden en hoeveel naar de specialistische zorg wordt doorgestuurd.

In de voorgestelde scenario-studie wordt de hulpvraag die in de eerstelij kan worden afgehandeld door behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging bestudeerd in relatie tot de zorgverlening die in de tweedelij wordt verstrekt.

De samenhang binnen de thuiszorg en tussen eerste- en tweedelij vormt het tweede vraagstuk waaraan het scenario-project aandacht zal besteden. Structuuraspecten, de wet- en regelgeving, alsmede de financiering bepalen voor een deel de ontwikkelingen in vraag en aanbod en daarmee het gebruik van de voorzieningen. Ook de efficiëntie van de zorgverlening speelt hier een belangrijke rol.

In de hoofdstukken 'thuiszorg' (2) en 'relatie eerste-tweedelij' (3) van deel II wordt een beeld geschetst van de te verwachten ontwikkelingen op die terreinen, welke een rol hebben gespeeld in de keuze van deze onderwerpen.

Met betrekking tot de thuiszorg zijn de meest relevante:

- Er wordt een belangrijke toename verwacht in de vraag naar thuiszorg;
- Gecombineerd met een te verwachten vermindering van ziekenhuisbedden zal ook de zwaarte van de te verplegen/verzorgen problematiek toenemen;
- Er worden belangrijke organisatorische veranderingen verwacht, mede in gang gezet door de op handen zijnde verandering in wet- en

regelgeving en financiering (rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg).

Met betrekking tot de relatie eerste-tweedelij:

- Door veranderingen in de tweedelijnsgezondheidszorg wordt de aard en hoeveelheid van het probleemaanbod in de eerstelijns beïnvloed. Verkorting van de ligduur en beperking van de capaciteit in de ziekenhuissector zijn ontwikkelingen die momenteel al in gang zijn gezet.
- Problematisch is de positie van de huisarts. Zal deze hulpverlener een groter deel van de vraag naar behandeling en begeleiding aan de specialist moeten laten?
Kan de huisarts binnen de thuiszorg en in de relatie tussen thuiszorg en tweedelijns een centrale rol blijven vervullen?
- In verband met deze problematiek worden belangrijke veranderingen verwacht in de huisartsenzorg, zowel inhoudelijk als organisatorisch.

De relatie tussen thuiszorg en basisgezondheidszorg en tussen thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg worden in dit voorstel niet meegenomen. De reden daarvoor is tweeledig: In de eerste plaats worden er op deze terreinen minder belangrijke ontwikkelingen verwacht dan bij de relatie van de thuiszorg met de tweedelijns. In de tweede plaats zou het voorgestelde scenario-project te omvangrijk worden. Wellicht kunnen in een later stadium op dit terrein scenario-projecten worden geformuleerd, danwel een aantal scenario's binnen de uit te voeren projecten op het terrein van de basisgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg worden ontwikkeld.

De relevantie van die projecten heeft betrekking op de volgende aspecten:

Relatie ELGZ-GGZ:

- Toename van de vraag naar psycho-sociale hulpverlening en psychogeriatric in de ELGZ.
- De mogelijke opkomst van de psycholoog in de eerstelijns.

Relatie ELGZ-BGZ:

- Toenemende belangstelling voor preventie en GVO, ook binnen de ELGZ.
- In principe is het denkbaar de BGD een rol te geven in een gestructureerde eerstelijns.

Voor het eerstgenoemde aandachtsgebied geldt dat de te onderzoeken variabelen zoals de vraag naar psycho-sociale hulpverlening moeilijk betrouwbaar te kwantificeren zijn (zie de voorstudie voor het scenario-project geestelijke gezondheidszorg van het NcGv).

Voor het tweede geldt dat het stelsel van basisgezondheidsdiensten zelf deels nog in reconstructie is, deels net gestructureerd is, zodat ingrijpende veranderingen op korte en middellange termijn niet verwacht worden.

In mindere mate geldt ook voor de voorgestelde twee onderzoeksgebieden dat er problemen rond de kwantificering van 'de vraag' bestaat, zodra men dat wil vertalen in 'behoefte'. De vraag naar bijvoorbeeld huisartsenhulp dient in het scenario-project dan ook opgevat te worden als **'het geconstateerde gebruik'**.

Over dat geconstateerde gebruik zijn gegevens beschikbaar. Ook over de patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelij zijn voldoende gegevens beschikbaar voor het ontwikkelen van referentie-scenario's (zie hieronder). Bovendien komen binnenkort meer gedetailleerde gegevens beschikbaar over de huisartsenzorg en de wijkverpleging. In de hoofdstukken twee en drie van het tweede deel van dit rapport worden de te gebruiken gegevensbronnen besproken. Bovendien wordt een aanzet tot modellering van de te analyseren onderwerpen geschetst.

4.3. Mogelijke scenario's

De gevolgde werkwijze in het vooronderzoek heeft naast informatie over de relevantie en de beschikbaarheid van gegevens ook een aantal mogelijke scenario's opgeleverd, die aansluiten bij belangrijke te verwachten of gewenste ontwikkelingen op het terrein van de thuiszorg en in de relatie eerste-tweedelij.

De referentie-scenario's

Gedifferentieerd naar enkele zorgfuncties (behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding) zal een beeld geschetst worden van de huidige situatie en de te verwachten ontwikkeling daarin tot het jaar 2005, gerelateerd aan demografische ontwikkelingen (vergrijzing, aantal alleenstaanden).

Het beeld omvat de vraag naar zorg, de behandeling in de eerstelij, de doorstroming naar de tweedelij en de stroom terug naar de eerstelij.

Ook zal een beeld geschetst worden van de organisatie en structuur van de thuiszorg. De verbinding tussen de scenario's gebaseerd op de vraag en scenario's gebaseerd op structuur is slechts op bescheiden schaal mogelijk. "Het is immers niet mogelijk de behoefte aan (eerstelijns)gezondheidszorg objectief vast te stellen. Als gevolg hiervan is het ook niet mogelijk een systeem van gezondheidszorg te realiseren dat volledig is afgestemd op objectief vastgestelde behoeften" (Schets Eerstelijnsgezondheidszorg, 1980).

Alternatieve (speculatieve) scenario's

Gebaseerd op scenario's waarin autonome ontwikkelingen worden geschetst zullen alternatieve scenario's uitgewerkt kunnen worden, waarbij de te verwachten veranderingen in financieringsstructuur, wet- en regelgeving op hun consequenties voor de structuur van de thuiszorg, de vraag naar thuiszorg en de patiëntenstroom tussen eerste- en tweedelijns worden geanalyseerd. Te denken valt hier met name aan de voorstellen van de 'Commissie Dekker' waarbij behalve ingrijpende voorstellen voor de financieringsstructuur ook een aanzienlijke teruggang van het aantal ziekenhuisbedden wordt bepleit.

(Strategie)scenario's op het terrein van de thuiszorg en de relatie eerste-tweedelijns

De scenario's die geschetst worden, dienen opgevat te worden als mogelijkheden die de in te stellen scenario-commissie al of niet kan overnemen. Ze betreffen vooral veranderingen in de organisatiestructuur binnen de thuiszorg en in de relatie tussen eerste- en tweedelijns. De consequenties van deze scenario's kunnen veranderingen in patiëntenstromen betreffen of veranderingen in efficiëntie.

Thuiszorg

1. Deprofessionalisering en ontmedicalisering van de thuiszorg.
 - De professionele hulpverleners worden vooral gezien als coördinatoren en ondersteuners van de zelfzorg en mantelzorg. Voorwaarden kunnen onder andere zijn: vroegtijdige opsporing van ziekten en GVO, organisatie van hulpnetwerken, adequate alarmeringsystemen, hulpmiddelen, zelfdiagnose e.a..
2. Versterking van de professionele thuiszorg.
 - De kerndisciplines verenigen zich binnen één organisatie en worden uit één bron betaald. Er wordt met wijk- of regiobudgetten gewerkt. Een variant hierop kan een deels commerciële thuiszorg zijn.

3. Organisatie van de thuiszorg vanuit de tweedelij.

- Er worden verpleeghuizen in de wijk opgezet, waarin alle vormen van verpleging en verzorging mogelijk zijn. Nazorg van ontslagen patiënten (uit ziekenhuizen, verpleeghuizen en dergelijke) vindt vanuit de verpleegunits plaats. Telecare en dergelijke zijn mogelijk. Cliënten uit de wijk kunnen er in- en uitstromen, afhankelijk van hun zelfredzaamheid.

Relatie eerste-tweedelij

1. De tweedelij richt zich op functies in de eerstelij.

Mogelijke voorbeelden zijn: specialisten houden spreekuur in de eerstelij (in gezondheidscentra of thuis). Er komen commerciële diagnostische instituten. Via moderne communicatiemiddelen kan ook de behandeling op afstand gebeuren. De RIAGG's vormen ambulante wijkteams.

2. De eerstelij organiseert zich en verwerft meer kwalificaties.

De huisarts, beter opgeleid, maakt gebruik van mogelijkheden van het ziekenhuis (bijvoorbeeld t.b.v. de diagnose). Hij is beter bereikbaar, doet meer EHBO-gevallen en ook kleine chirurgie bij specifieke aandoeningen. De huisarts volgt actief zijn patiënt in het ziekenhuis. Psycho-sociale problemen verwijst de huisarts eerst naar het algemeen maatschappelijk werk. Die verwijst eventueel door naar de RIAGG's.

3. Nauwere samenwerking tussen eerste- en tweedelij.

Er worden protocollen ontwikkelt voor specifieke ziektecategorieën. De huisarts coördineert de zorgverlening en krijgt de beschikking over ziekenhuisbedden. Samen met de specialist of het RIAGG doet hij consulten voor specifieke gevallen.

Bij het ontwerpen van de hier genoemde mogelijke scenario's kunnen de alternatieve scenario's in de analyse worden betrokken. Vooral een sterke beperking van de omvang van de tweedelijnsvoorzieningen zal belangrijke gevolgen hebben voor het takenpakket van huisarts, wijkverpleging en gezinsverzorging.

Voor het doorrekenen van de hier geschetste scenario's is weinig empirisch materiaal aanwezig om de consequenties van de ontwikkelingen in termen van bijvoorbeeld veranderingen in het gebruik van thuiszorg door te rekenen. Hier zal gebruik gemaakt moeten worden van schattingen (meestal kwalitatief van karakter) van deskundigen op dit terrein.

Ten behoeve van de modellering en de berekeningen wordt (ook al tijdens het vooronderzoek) samengewerkt met medewerkers van Het Centrum Wiskundige Methoden van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en professor O.J. Vrieze verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg.

4.4. Variabelen in het onderzoek

Voor het ontwerpen van scenario's zijn een aantal basisvariabelen nodig die in het voorgaande globaal zijn aangeduid. In deze paragraaf zullen we deze variabelen nader toelichten. We onderscheiden:

- Vraag naar en gebruik van thuiszorg;
- Patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelij;
- Aanbod van voorzieningen in de eerste-, maar ook in de tweedelij.

Vraag naar thuiszorg

Zoals in de vorige paragraaf reeds opgemerkt, is de behoefte aan thuiszorg niet objectief vast te stellen. Bij de gezinsverzorging en het kruiswerk wordt weliswaar via een aantal criteria beoordeeld of - en in welke mate - iemand in zorg wordt genomen, maar dergelijke criteria kunnen worden bijgesteld, bijvoorbeeld onder druk van bezuinigingen. Ook zijn er mensen die aan deze criteria voldoen maar geen hulp vragen.

Objectieve gegevens over de morbiditeit in de Nederlandse bevolking zijn niet aanwezig. Benaderingen daarvan kunnen worden gebaseerd op morbiditeitsstudies in de huisartsenpraktijk. Op basis van subjectieve antwoorden in de gezondheidsenquête en het leefsituatieonderzoek van het CBS zijn ook benaderingen mogelijk van het voorkomen van chronische aandoeningen en zogenaamde ADL-problemen. Dat betekent dat wellicht voor de gezinsverzorging een schatting van de behoefte aan zorgverlening kan worden gemaakt. Voor de andere hulpverleners geldt dat de 'vraag' gelezen moet worden als 'geconstateerd gebruik'.

Over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen zijn meer gegevens bekend uit de gezondheidsenquête en het LSO-onderzoek van het CBS. Voor de huisarts en de specialist wordt daarbij ook gevraagd naar de reden voor consultatie.

Verbruiksgegevens van de huisarts gecombineerd met de daarmee gepaard gaande behandeling en/of doorverwijzing komen binnenkort beschikbaar voor een landelijk representatieve steekproef. Globale ge-

gevens over het gebruik van wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk zijn ook te verkrijgen uit de genoemde enquêtes. Daarnaast hebben de koepelorganisaties eigen registraties met betrekking tot het gebruik.

Bij het opstellen van een model voor de vraag naar thuiszorg kan voor wat betreft de huisarts gebruik gemaakt worden van reeds verricht onderzoek naar verklaringsmodellen voor doktersbezoek.

Onderzoek op grote schaal naar variabelen van invloed op het gebruik van wijkverpleegkundige zorg, gezinsverzorging en maatschappelijk werk zijn ons niet bekend. Voor het construeren van een model voor het gebruik van hulpverlening op die terreinen zal tijdens de eerste fase van het onderzoek analyses uitgevoerd moeten worden.

Bij de patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelij is van belang dat de tweedelij althans voor een belangrijk deel niet direct toegankelijk is maar via een verwijzing door de huisarts; of om het anders te zeggen het gaat hier om door een hulpverlener geïnduceerde vraag. Dit maakt onderzoek hier extra gecompliceerd.

Verwijzingen van huisarts naar specialist, het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn variabelen die voor de studie naar relatie tussen eerste- en tweedelij van belang zijn.

Voor een goede vergelijking van de **behandeling** in de polikliniek ontbreken de mogelijkheden, door het ontbreken van relevante gegevens over poliklinieken. Hier bestaat een witte vlek op de kaart van de gezondheidszorg.

Bij de operationalisering van de variabele 'verwijzingen naar de tweedelij' en het ontwerpen van een model doen zich een aantal problemen voor. Rekenmodellen op dit gebied zijn ontwikkeld op basis van ziekenfondsgegevens. Deze gegevens zijn vrijwel altijd geanalyseerd op geaggregeerd niveau (huisarts, gemeenten, ziekenfondsregio) en betreffen globale verwijsgegevens, dus inclusief administratieve verwijzingen (bijvoorbeeld een verlengingsverwijzing na één jaar behandeling).

De variabelen die op geaggregeerd niveau een belangrijke rol spelen (bijvoorbeeld afstand tot ziekenhuis) blijken bij de verwijzingen die in de gezondheidsenquête van het CBS zijn opgenomen (alleen eerste verwijzingen) nauwelijks van invloed te zijn.

In de Nationale Studie naar morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk welke bij het NIVEL wordt uitgevoerd, worden alle in de huisartspraktijk uitgeschreven verwijskaarten geregistreerd en wordt

tevens bij een groep patiënten een gezondheidsenquête uitgevoerd, zodat op dit punt meer duidelijkheid kan ontstaan.

Met betrekking tot de relatie tussen verpleging (en verzorging) in de thuissituatie en de verpleging in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn betere gegevens aanwezig. Zowel in ziekenhuizen als verpleeghuizen wordt een landelijk verzamelde registratie bijgehouden. Onderzoek naar een verklaringsmodel voor het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen is verricht, al is daar het aanbod aan eerstelijnsverpleging en verzorging niet in betrokken (wel het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen).

Op het terrein van de verpleeghuissector is voor zover bekend nog weinig onderzoek gedaan.

Bij het opstellen van een model waarin verwijzingen zijn opgenomen, moet naar mogelijkheden worden gezocht een onderverdeling in verschillende categorieën van klachten te maken. Deze categorieën zouden gekozen moeten worden op basis van ingeschatte mogelijkheden van substitutie van tweedelijns hulpverlening door de eerstelijns. We denken daarbij bijvoorbeeld aan chronische aandoeningen, kleine chirurgie en EHBO.

Het aanbod aan voorzieningen

Het aanbod aan voorzieningen speelt een belangrijke rol in de modellen waarin het gebruik naar thuiszorg en patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelijns worden verklaard. Zo wordt het aantal verwijzingen beïnvloed door het aantal specialisten per 100.000 inwoners en de praktijkvorm van de huisarts (de praktijkgrootte heeft geen invloed). Het aantal verpleegdagen wordt ook beïnvloed door praktijkvorm van de huisarts (in gezondheidscentra werken huisartsen nauw met wijkverpleegkundigen samen) en het aantal beschikbare ziekenhuisbedden.

Naast de opname van deze variabele in een vraag-aanbod model is het ook mogelijk het onderzoek toe te spitsen op aantallen hulpverleners, de taakuitvoering van de hulpverleners en ontwikkelingen in organisatorische zin (toename samenwerkingsverbanden bijvoorbeeld). Vooral voor de zelfstandige beroepsbeoefenaren (huisarts) zijn ook vooruitberekeningen van het aantal hulpverleners te maken.

4.5. Opzet van het onderzoek

Het scenario-project zal uit drie onderdelen bestaan. In het eerste deel wordt een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van hulpverlening in de thuiszorg, dit in relatie tot het gebruik in de tweedelijnsvoorzieningen. Naast de vraag wordt ook het aanbod onderzocht. In het tweede deel wordt aandacht besteed aan de te verwachten of wenselijk geachte ontwikkelingen binnen de thuiszorg en de relatie tussen eerste- en tweedelijns. Het derde deel zal bestaan uit het analyseren van de consequenties van de geschetste ontwikkelingen en het schrijven van het scenario-rapport.

Stap 1: Basisstudie (geschatte duur: 12 maanden)

In de basisstudie zal de aandacht vooral gericht zijn op de analyse van ontwikkelingen in de thuiszorg en de relatie eerste-tweedelijns in de afgelopen 10 à 15 jaar. Daarbij zullen voor zover mogelijk modellen worden opgesteld die het mogelijk maken een schatting te maken van de ontwikkelingen in de komende 15 jaar met inachtneming van autonome ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling en ontwikkelingen op sociaal-economisch terrein.

Reeds geformuleerde plannen voor bijvoorbeeld beddenreductie in ziekenhuizen kunnen in alternatieve scenario's worden meegenomen. Ook kunnen de modellen dienen voor het doorrekenen van zogenaamde strategie-scenario's.

Voor de goede orde wijzen wij hier op het gegeven dat in deze studie geen sprake kan zijn van één model, maar dat gebruik gemaakt zal worden van verschillende deelmodellen. De vraag naar diensten van de huisarts is nu eenmaal iets anders dan de vraag naar diensten van de gezinsverzorgster en is mogelijk van andere factoren afhankelijk.

Omdat de hulpverleners in de thuiszorg rechtstreeks toegankelijk zijn en er geen centrale intake is, is het in kaart brengen van de patiëntenstromen in de eerstelijns gecompliceerd. Voor verwijzing naar de tweedelijns is de situatie het eenvoudigst. De huisarts treedt hier als 'poortwachter' op.

In de vorige paragraaf is reeds melding gemaakt van problemen rond de variabelen die het verwijzen beïnvloeden. Tijdens de basisstudie dient hier een antwoord op gevonden te worden. Gezien de omvang van het probleem wordt inclusief de interimrapportage voor dit onderzoeksdeel een periode van 12 maanden voorzien om secundaire analyses op bestaande gegevensbestanden uit te voeren en de verschillende modellen op te stellen.

Stap 2: Toekomstige (niet autonome ontwikkelingen (geschatte duur 9 maanden)

Toekomstige ontwikkelingen in de onderwerpen onder studie worden door een groot aantal factoren beïnvloed, waarvan het politieke klimaat niet de minst belangrijke is.

De belangrijkste factoren zijn naast de autonome ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw, de wet- en regelgeving, de financiering en de organisatie. Tijdens het onderzoek dient een definitieve keuze gemaakt te worden voor het verder uitwerken van een aantal mogelijke of gewenste ontwikkelingen.

Via de methode van een Delphi-onderzoek dient dan een inschatting te worden gemaakt van de voorwaarden waaronder de geschetste ontwikkeling kan plaatsvinden, de kans dat zoiets gebeurd en de consequentie van de ontwikkeling. Ter verduidelijking kan wellicht het volgende voorbeeld dienen: stel dat men de gezinsverzorging en wijkverpleging in één organisatie zou willen onderbrengen. De voorwaarde daarvoor is dat deze voorzieningen uit één financieringsbron worden betaald. Het gevolg zou kunnen zijn, dat binnen deze organisatie hulpverleners met gemengde taken op een aantal functieniveau's gaan werken, waardoor mogelijk efficiënter wordt gewerkt, een betere aansluiting met de tweedelijnt ontstaat en het aantal verpleegdagen in de intramurale sector vermindert.

Een ander (fictief) voorbeeld: huisartsen volgen na- en bijscholing op het terrein van de kleine chirurgie. De ziektekostenverzekering vergoedt dergelijke verrichtingen door huisartsen. Door de deskundigen wordt geschat dat 20% van de verrichtingen in de tweedelijnt binnen de tweedelijnt kan worden gedaan. In een model waarin de kleine chirurgie als aparte groep is opgenomen kan het effect op verwijzingen naar de specialist berekend worden.

Het Delphi-onderzoek zou in twee stappen uitgevoerd moeten worden. In de eerste schriftelijke ronde wordt een grote groep van deskundigen op dit terrein een vragenlijst voorgelegd. Op basis van de resultaten van deze ronde wordt in een tweede ronde met een kleine groep deskundigen gediscussieerd over de onderdelen waarop tegenstrijdige antwoorden zijn verkregen.

Stap 3: Uitwerking van scenario's (geschatte duur 9 maanden)

Als logisch vervolg op de beide voorgaande stappen, worden een aantal scenario's met behulp van de ontwikkelde modellen doorgerekend voor zover dat mogelijk is. Deze activiteit zal uitmonden in het

uiteindelijke scenario-rapport.

Behalve de inschatting van consequenties welke door deskundigen tijdens stap 2 wordt gedaan, wordt in de berekeningen zo mogelijk gebruik gemaakt van empirisch onderzoek in binnen- en buitenland. De resultaten van de zogenaamde thuiszorg-experimenten welke momenteel in enkele ziekenfondsregio's worden gehouden alsmede de experimenten met gedifferentieerde honoraria voor huisartsen zullen daarom gevolgd worden.

4.6. De Scenario-commissie

Voorgesteld wordt het onderzoek door het NIVEL uit te laten voeren; deskundigheid en ervaring met rekenmodellen in de eerstelijnszorg zijn aanwezig (zie onder andere de literatuurlijst).

Het is de bedoeling dat in de scenario-projecten geïnitieerd door de Stuurgroep Toekomst scenario's Gezondheidszorg door het onderzoeksteam nauw wordt samengewerkt met een zogenaamde scenario-commissie welke uit (5 à 10) ter zake deskundige personen bestaat.

Wij achten het van groot belang dat de relatie tussen het onderzoeksteam en de scenario-commissie goed is. Vooral de voorzitter dient affiniteit te hebben met de onderzoeksopvattingen van de onderzoekers en ook in communicatief opzicht een goede verstandhouding te hebben met het onderzoeksteam. Het aanzoeken van leden voor de scenario-commissie zou daarom gezamenlijk door de STG en de hoofdonderzoeker dienen te gebeuren.

- De voorzitter zou uit de wetenschappelijke wereld moeten komen met affiniteit voor structuuronderzoek;
- Eén lid zou gevraagd moeten worden op basis van kennis met betrekking tot de scenario-methode;
- Eén lid zou kennis moeten hebben van de extramuraal verpleging en verzorging;
- Eén lid zou uit de sector van de huisartsgeneeskunde moeten komen, zo mogelijk met belangstelling voor de relatie eerste-tweedelijns;
- Eén lid met kennis van de economie van de gezondheidszorg;
- Eén lid uit de consumentenorganisaties.

Deze commissie adviseert de onderzoekers over de inhoudelijke en technische aspecten van de scenariostudie en stelt in overleg met de onderzoekers de onderwerpen voor de uit te werken scenario's vast.

4.7. Samenvatting

In het vooronderzoek zijn de volgende vragen aan de orde gekomen:

1. Welk onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg leent zich voor een scenario-project?
2. In hoeverre is een scenario-project haalbaar, mede gezien de beschikbaarheid van gegevens?
3. Hoe dient een scenario-project georganiseerd te worden?

Bij het vooronderzoek is gebruik gemaakt van literatuur op dit terrein en interviews met een breed samengestelde groep van deskundigen.

Keuze van het onderwerp

Uit de vijf onderwerpen die tijdens de voorstudie zijn bestudeerd, zijn de 'thuiszorg' en de 'relatie eerste-tweedelij' gekozen. Deze keuze is vooral gebaseerd op de verwachting dat zich op deze terreinen belangrijke ontwikkelingen voordoen, zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde.

Onder thuiszorg wordt de zorgverlening in de thuissituatie verstaan welke door huisarts, wijkverpleegkundige, gezinsverzorger en maatschappelijk werker wordt verleend. De relatie eerste-tweedelij omvat vooral de relatie tussen huisarts en specialist en de relatie tussen wijkverpleging en verpleging in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Haalbaarheid

Over het gebruik van hulpverlening in de thuiszorg en de patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelij zijn, of komen binnenkort, een redelijke hoeveelheid gegevens beschikbaar, welke extrapolaties naar de toekomst mogelijk maken. Voor de vraag naar diensten door de huisarts en de verwijsrelatie tussen huisarts en specialist zijn rekenmodellen opgesteld die in het scenarioproject kunnen worden gebruikt.

Opzet van het scenario-project

Het project zal uit drie delen bestaan. In het eerste deel (de basisanalyse) zal een kwantitatief overzicht samengesteld worden van de vraag naar en het aanbod aan hulpverlening in de thuiszorg. Ook de patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelij zullen in kaart gebracht worden.

Een analyse van de ontwikkelingen in het verleden en de autonome

ontwikkelingen in de toekomst maakt deel uit van deze fase. In de tweede fase zullen een aantal strategie-scenario's ontwikkeld worden, waarbij zowel het aanbod in de eerstelijns als het aanbod van voorzieningen in de tweedelijns gevarieerd zullen worden. Wet- en regelgeving, financiering en organisatie worden daarbij naast meer inhoudelijke aspecten zoals technologische vernieuwingen, nieuwe medicijnen en dergelijke, aan de orde gesteld.

De uitwerking van de ontwikkelde scenario's (de consequentie-analyse) vormt de derde fase van het project, dat in totaal twee en een half jaar in beslag zal nemen en de inzet van twee onderzoekers zal vragen.

DEEL II: ACHTERGROND MATERIAAL BIJ HET VOORONDERZOEK

1. De eerstelijns(gezondheids)zorg

1.1. De definitie van de eerstelijns(gezondheids)zorg

Het begrip eerstelijnsgezondheidszorg is niet eenduidig. Een mogelijke omschrijving zou kunnen luiden 'de zorg voor lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt in zijn eigen leefmilieu' (Hingstman en Boon, 1986).

Bezien we de 'schets van de eerstelijnsgezondheidszorg', (WVC, 1980), dan wordt de eerstelijnsgezondheidszorg gekenmerkt door:

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

Deze kenmerken zijn lang niet allemaal bij alle hulpverleners, die normaliter tot de eerstelijns gerekend worden, aanwezig. Voor fysiotherapie bijvoorbeeld is een verwijzing door een arts vereist; verloskundige zorg en tandheelkunde voldoen niet aan het eerstgenoemde kenmerk, om een ander voorbeeld te noemen.

Is de definiëring van het begrip eerstelijns(gezondheids)zorg nogal eens aanleiding tot meningsverschillen, meer consensus bestaat er over de vraag welke soorten hulpverleners tot die zorg gerekend moeten worden. De nota Eerstelijnszorg van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uit 1983 geeft een opsomming hiervan, te weten: huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, hoofdwijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk, ziekenverzorgenden, leidsters kraamzorg, kraamverzorgster, leerling kraamverzorgster, logopedisten, maatschappelijk werkenden en gezinsverzorgenden. Bij deze opsomming dient een tweetal belangrijke opmerkingen gemaakt te worden.

Ten eerste luidt de titel van de nota 'Eerstelijnszorg' en niet Eerstelijnsgezondheidszorg. De eerstelijnszorg is een iets ruimer be-

grip en omvat ook beroepen uit de maatschappelijke dienstverlening, te weten gezinszorg en maatschappelijk werk. De tweede opmerking betreft het feit dat een aantal van de genoemde beroepsbeoefenaren ook werkzaam kan zijn in dienst van een intramurale instelling: (psychiatrisch) ziekenhuis, verpleeghuis etc. ten behoeve van de, in de instelling in kwestie opgenomen patiënten. Deze groep maakt dan ook geen deel uit van de eerstelijns, doch van de tweedelijns.

Het scenario-project Eerstelijnsgezondheidszorg zal zich vooral richten op de vier kerndisciplines (huisartsen, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk). De andere beroepsgroepen zullen ter sprake komen voor zover zij een belangrijke rol spelen binnen één van de twee aandachtsgebieden (relatie 1e-2e lijn, thuiszorg).

1.2. Karakteristieken en knelpunten binnen de ELGZ

Behalve door het grote gemêleerde gezelschap van beroepsbeoefenaren, die relatief autonoom werken, wordt de ELGZ op nog enkele bijzondere manieren gekenmerkt.

- Het brede terrein van zorg, dat omvat wordt. De opsomming van de beroepsgroepen maakt dit duidelijk. Sommige beroepsgroepen hebben, behalve dat zij de zorg voor de individuele mens betreffen, weinig met elkaar te maken.
- De wijze van beroepsuitoefening. Sommige hulpverleners, zoals wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden, werken in dienstverband. Anderen (huisarts, verloskundige) werken als vrije beroepsbeoefenaren. Dit belemmert de onderlinge verstandhouding tussen de beroepsgroepen en bevordert verkokering.
- De wijze van organisatie van de beroepsgroepen. De organisaties van gezinszorg, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers kennen veelal verschillende gebiedsindelingen en zijn werkzaam voor ongelijke populaties. De organisatievorm van de vierde kern-discipline (huisartsen) sluit op geen enkele wijze bij de overige drie aan.
- De wijze van financiering. De financiering van de voorzieningen is erg verbrossend. Dit maakt de substitutie van diensten moeilijk, zo niet onmogelijk. Voor de vrije beroepsbeoefenaren zijn de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars de belangrijkste financiers, voor de wijkverpleging de AWBZ, voor de gezinszorg de centrale overheid, voor het maatschappelijk werk de gemeentelijke

overheid, terwijl eigen bijdragen gelden voor geneesmiddelen en gezinszorg.

- De relatie met de tweedelij. Uit beheersmatig oogpunt zal deze relatie van groot belang blijven. In de meeste gevallen dient de huisarts als toegangspoort tot bijna alle instellingen in de tweedelij, zowel op het gebied van geestelijke als somatische zorg. De relatie intramurale voorzieningen-wijkverpleging m.b.t. de thuiszorg zal aan belang winnen, onder andere ten gevolge van de vergrijzing en van de reductie van ziekenhuisbedden en plaatsen in verzorgingshuizen.
- De relatie met de mantelzorg en zelfzorg. Bij de organisatie van de thuiszorg is de afstemming van de inbreng van professionele hulp en vrijwillige hulp (sociale netwerken) een belangrijk vraagstuk.
- De relatie basisgezondheidszorg-1^e lijn. Uitgaande van het idee dat preventie en curatie in een sterk verband met elkaar staan, hebben de basisgezondheidszorg en de eerstelij veel met elkaar te maken. Van een concretisering van de genoemde verbondenheid is echter nauwelijks sprake.

1.3. Stuctuurschets van de ELGZ

Vier in het voorgaande genoemde beroepen en functies worden gerekend tot de kerndisciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg. De kerndisciplines zijn de algemene medische zorg (de huisartsen), de wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk. In ons overzicht willen we ook de fysiotherapeuten presenteren vanwege hun toenemende inbreng in de thuiszorg.

Per zorggebied van de disciplines zijn de volgende factoren van belang voor de omvang en aard van het gebruik van de voorziening:

1. Het aanbod. Hier worden de taken en aantallen werkers gegeven;
2. De vraag. Ingegaan wordt op de kenmerken van de cliënten van de betreffende voorziening;
3. Wettelijke en financiële regelingen.

Verondersteld wordt dat het laatste aspect invloed kan hebben op zowel de vraag als het aanbod en zo indirect het gebruik beïnvloed.

1.3.1. De algemene medische zorg

De huisartsen voorzien in de algemene medische zorg. Zij vormen ge-

meten naar de omvang van de aan hen gerichte hulpvraag en vanwege hun plaats in de gezondheidszorg de belangrijkste beroepsgroep binnen de gezondheidszorg.

Van 1970 tot 1986 is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen gegroeid van 4.934 tot 6.138 (een groei van 24%). Daarmee is het aantal inwoners per huisarts gezakt tot 2.366 inwoners.

Bij de 6.138 kunnen 280 assistent-huisartsen gevoegd worden, verder 523 huisartsen, die een praktijk zoeken en 472 huisartsen in opleiding. Het aantal praktijkzoekende huisartsen stijgt de laatste jaren sterk en zal dit naar verwachting blijven doen, ondanks de praktijkverkleining.

De spreiding van de huisartsen over het land is niet gelijkmatig. Economische overwegingen bij de keuze van een vestigingsplaats spelen echter niet meer zo'n belangrijke rol als vroeger.

Er bestaat een toenemende voorkeur voor vestiging in samenwerkingsverbanden. In 1986 werkte 43% van de huisartsen in een samenwerkingsverband (30% in duo-praktijken/associaties, 6% in een groepspraktijk en 7% in een gezondheidscentrum) (Hingstman en Boon, 1986).

Hoewel er vanuit een bepaald perspectief voordelen verbonden zijn aan praktijkverkleining (meer tijd en aandacht per patiënt en gunstig in verband met de morbiditeitsveranderingen en bevordering van werkgelegenheid) vormt de ermee verbonden inkomensdaling voor de gevestigde huisartsen een belemmering om enthousiast eraan mee te werken.

Wat de taken van de huisarts betreft, wees een studie (Boots, 1983) op de volgende rangorde: aan diagnose-stelling werd de meeste tijd besteed (22% van de tijd). Vervolgens kwamen therapie (15%), condities (om de praktijk uit te oefenen) (14%), reistijd (11%), begeleiding (6%), telefoon (6%), preventie (5%) en overige (21%).

Er bestaan problemen in de taakafbakening tussen huisarts en specialist. Beiden claimen op vele terreinen de eerstverantwoordelijke te zijn (Swinkels en Dopheide, 1983). Een mogelijke oplossing vormt het werken met protocollen bij aandoeningen, die zowel eerste als tweedelijnsaspecten hebben.

Wat de huisarts wel tot zijn taak rekent en wat niet, is sterk afhankelijk van zijn opvatting en werkwijze. Andere determinanten in deze zijn de praktijkomvang, soort populatie, het gemiddeld patiëntenaanbod en afstand tot het ziekenhuis.

De grote variatie tussen huisartsen met betrekking tot wat ze doen is vaak onderwerp van studie geweest.

Op alle gebieden (diagnose, medicatie, verwijzen, herkennen van psycho-sociale problemen, uitvoeren van preventie) worden grote verschillen gevonden.

Hoe vaak mensen gebruik maken van huisartsenhulp, blijkt uit de onderstaande tabel. Het betreft het gebruik in procenten van bevolkingscategorieën van 18 jaar en ouder, in de drie maanden voorafgaand aan het interview.

Tabel 1.1.: Percentage personen dat in drie maanden één of meer bezoeken aan de huisarts brengt

	totaal	man	vrouw	18-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar en ouder
1974	42,9	37,2	48,3	39,5	44,0	52,9
1980	43,4	37,0	49,5	39,4	44,6	55,9
1984	43,3	36,0	50,3	38,2	45,4	58,0

Gegevens uit Leefsituatieonderzoek en gezondheidsenquête, CBS.

Gemiddeld bezoekt dus 43% van de bevolking per kwartaal de huisarts. In 1983 verwees de huisarts gemiddeld in 1 van de 10 contacten door naar een specialist.

De huisarts ziet in 3 jaar tijd ongeveer 90% van al zijn patiënten. Sommige mensen gaan veel naar de huisarts, anderen zelden of nooit. Naast de gezondheidstoestand vormen onder meer de volgende factoren een verklaring voor de bezoekfrequentie: de leeftijd (de medische consumptie neemt er lineair mee toe), het geslacht, de gezinsgrootte en verzekeringsvorm, maar ook de consumptiegeneigdheid en emotionele labiliteit van de cliënt (zie bijvoorbeeld Van der Zee, 1982).

Regelingen en financiering

Voordat iemand het beroep van huisarts kan uitoefenen, moet hij aan de wettelijke voorwaarde met betrekking tot de bevoegdheid voldoen. Hij moet het artsexamen met succes hebben afgelegd. Naast wettelijke regelingen bestaan ook door de beroepsorganisatie opgestelde gedragsregels met betrekking tot het zorgvuldig handelen bij de beroepsuitoefening.

Om een ziekenfondspraktijk te kunnen voeren, moet de huisarts een huisartsopleiding gevolgd hebben, een praktijk hebben en ingeschreven zijn bij de Huisarts Registratie Cie van de KNMG. Was de huisarts tot februari 1986 bij een vestiging gebonden aan een privaatrechtelijke regeling, opgesteld door de LHV, momenteel is hij gebonden aan een wettelijk vestigingsbeleid.

Met betrekking tot de aantallen patiënten per huisarts is daartoe tussen de overheid en de LHV een convenant gesloten, waarbij beiden een aantal intentie-afspraken hebben gemaakt over de stapsgewijze verlaging van de normpraktijk naar 2.200 patiënten in 1990, gelijke honorering voor ziekenfonds- en particuliere patiënten, het takenpakket en de afbouw van de goodwill.

Een huisarts ontvangt voor een ziekenfondspatiënt een vast bedrag per jaar, ongeacht de hoeveelheid zorg die de patiënten nodig heeft. Voor particulier verzekerden geldt een verrichtingsstelsel. Het abonnementssysteem voor ziekenfondsverzekerden in de eerstelijns, in combinatie met het verrichtingsstelsel in de tweedelijns wordt als bijzonder belemmerend ervaren voor de substitutie van verrichtingen in de tweedelijns (de specialisten) door huisartsen. De wijze van honorering is al geruime tijd onderwerp van discussie. Dat geldt ook de vraag of huisartsen als zelfstandig ondernemer moeten blijven bestaan of in een dienstverband werkzaam moeten zijn. Er geldt een aantal bijzondere honorerings- en subsidieregelingen voor huisartsen die mono- en multidisciplinair samenwerken.

1.3.2. Wijkverpleging

Onderverdeeld naar de onderscheiden categorieën direct verzorgend personeel was het aantal toegestane formatieplaatsen in 1981 en 1986 als volgt:

Tabel 1.2.: Aantal formatieplaatsen 'direct verzorgend personeel' bij de kruisverenigingen

	1981	1986	toename in %
hoofdwijkverpleegkundigen	390	526	35
wijkverpleegkundigen	4368	5009	15
wijkzieken/verzorgenden	931	1270	36
districtsverpleegkundigen	224	241	8

Bron: Kruiswerk in beweging, 1986, p. 9

In bijna alle categorieën is sprake van een sterke stijging van het aantal formatieplaatsen.

De wijkverpleging heeft als kerntaken: verplegen, zorg voor zuigelingen en kleuters, GVO, leiding geven aan wijkziekenverzorgenden en mee ontwikkelen van de maatschappelijke gezondheidszorg. De wijkziekenverzorgende verzorgt de thuisverblijvende zieken en hulpbehoeftige ouderen. Ook de begeleiding en controle van patiënten die revalideren en van chronische zieken behoort tot het takenpakket van de wijkverpleging.

Het volgende overzicht laat zien dat het kruiswerk vooral de jongste en de oudste leeftijdsgroep bereikt. Binnen de groep van 70 jaar en ouder krijgt een kleine groep de meeste zorg.

Tabel 1.3.: Individuele contacten van de wijkverpleging in procenten van de betreffende leeftijdsgroep (exclusief groeps- en CB-activiteiten).

leeftijd categorie	aantal cliënten t.o.v. bevolking in %	verdeling contacten in %	gem. aantal contacten per cliënt
0- 4	65,0	13,7	2,5
5-14	1,4	0,5	1,8
15-19	0,4	0,2	4,7
20-39	2,4	3,4	3,1
40-59	2,0	7,8	12,1
60-69	7,2	13,6	16,5
70-79	22,0	28,7	18,3
80 +	56,1	32,1	23,3

Bron: Kruiswerk in beweging, 1986, p. 14

Wat de nazorg (na ontslag uit het ziekenhuis) betreft, is vastgesteld dat ongeveer 10-16% van alle ontslagen patiënten daarvoor in aanmerking komt.

Vooraf bedlegerige patiënten hebben veel zorg nodig. De zorg bestaat naast verpleging uit handelingen als wassen/baden, aan- en uitkleden en dergelijke. Deze zorg is erg arbeidsintensief.

Regelingen en financiering:

In het besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) is vastgelegd aan welke voorwaarden de kruisorganisaties dienen te voldoen om krachtens de AWBZ gefinancierd te worden. Deze voorwaarden zijn onder meer het 24 uur bereikbaar zijn en de juiste personele voorzieningen, gebouwen en outillage hebben. Deeltijdarbeid kan slechts in bepaalde mate. De hoofdwijkverpleegkundigen moeten minimaal 32 uur per week werken.

Om als burger gebruik te kunnen maken van het kruiswerk moet men nog steeds lid zijn van de kruisvereniging, dat kan ook door de kleine eigen bijdrage ineens te betalen wanneer men een beroep op het kruiswerk wil doen.

De financiering van het kruiswerk vindt sinds 1979 plaats via de AWBZ. Eén van de regelingen binnen de AWBZ-financiering is de omschrijving van het Basispakket Kruiswerk, zoals dit in het verstrekkingenbesluit is opgenomen. Het basispakket is overigens in zeer globale termen omschreven; er worden ook geen richtlijnen voor de tijdsduur van behandelingen of bezoeken gegeven.

1.3.3. Gezinsverzorging

De officiële doelstelling van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging is hulp bieden aan huishoudens waarin tekorten zijn of dreigen te ontstaan met betrekking tot huishoudelijke taken waar men zelf niet in kan voorzien. Het doel is dat de huishoudens zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven functioneren. Gezinsverzorging richt zich dus niet op beter maken maar het verlichten van de (negatieve) gevolgen van ziekte of handicap. Ze heeft een maatschappelijke functie complementair aan de curatie. De gezinsverzorging omvat in 1984 239 instellingen.

In full-time equivalenten had de gezinsverzorging in 1982 en 1986 de volgende aantallen mensen in de uitvoerende dienst:

Tabel 1.4.: Aantal hulpverlenenden in dienst van instellingen voor
gezinszorg (full-time equivalenten)

	1982	1986
gezinsverzorging	6.456	6.726
bejaardenverzorging	429	944
gezinshelpende	25.049	22.756
bejaardenhelpende	1.886	1.790
totaal	33.820	32.216

Bron: Centrale Raad voor Gezinsverzorging Informatiebulletin nr. 21
(p. 4), 26 (p. 2)

Daarnaast kent de gezinsverzorging (CRvG presenteert het urenverbruik) de zogenaamde alpha-hulpen. In 1984 bedroeg dat aantal 38.469. De meesten werken enkele uren per week. In het aantal werknemers zit geen groei, althans gerekend in full-time krachten. Er is wel groei in het aantal alpha-hulpen (111% tussen 1981 en 1984). Het aantal productieve uren van de alpha-hulpen is tussen 1980 en 1984 meer dan verdrievoudigd.

Naast hulp aan het huishouden bestaat er hulpverlening en opvang van kinderen in eigen accommodaties of bij gastgezinnen.

Bij de **hulpvraag** komt steeds meer het accent te liggen op de langdurige hulpverlening, waardoor het voor de gezinsverzorging moeilijker wordt kortdurende hulp te verstrekken. De hulpverlening is voor de onderstaande jaren als volgt verdeeld:

Tabel 1.5.: Aantallen cliënten en percentage uitvoerende uren per patiëntencategorie, per jaar

	1982		1986	
	% uitvoerende uren	aantallen cliënten	% uitvoerende uren	aantallen cliënten
bejaarden chronisch zieken	56	103.805	60	102.405
overigen	18	17.904	15	16.002
	26	20.361	25	23.185
totaal	100	142.070	100	141.592

Bron: CRvG, Informatiebulletin nr. 21 (p. 4,5), nr. 26 (p. 2)

Vooralsnog is er alleen in productieve uren sprake van een (lichte) verschuiving ten gunste van de bejaarden, terwijl het absolute aantal bejaarde cliënten zelfs een daling laat zien, dit als gevolg van meer langdurige zorgverlening.

In 1980 (aldus een CBS onderzoek) kreeg 8% van de bevolking daadwerkelijke hulp van de gezinsverzorging terwijl daarnaast 5,3% zich ook echt behoeftig voelde, maar geen gezinsverzorging kreeg. De behoefte aan gezinsverzorging ligt vooral bij weduwen en bejaarden (rond 25% van de betreffende groep) verder bij de lagere inkomensgroepen en één-oudergezinnen (rond 20%). Vooral de lagere inkomensklassen maken gebruik van de gezinsverzorging.

Regelingen en financiering

De formatieplaatsen van gezinsverzorging worden landelijk gefinancierd door het ministerie van WVC. Voor de spreiding van de plaatsen over het land bestaat een regeling. Zonder dat sprake is van een vaste norm wordt het aantal formatieplaatsen per instellingsgebied bepaald door vooral het aantal thuiswonende bejaarden, plus 2 uur per overige inwoner. Per 1 januari 1984 krijgen de instellingen een maximum budget, op basis van de uitgaven van het jaar ervoor, al of niet bijgesteld.

Verder zijn voor de gezinsverzorging van belang 1) een sedert 1975/1976 ingevoerd landelijk indicatie- en registratiesysteem en 2) een retributiesysteem gebaseerd op het draagkrachtbeginsel. De hulpontvanger betaalt een eigen bijdrage voor gezinshulp waarvan de

hoogte afhankelijk is van het gezinsinkomen.

Tenslotte geldt sedert 1980 een Harmonisatieregeling Algemene Arbeidsongeschiktheidswet/gezinsverzorging, die het de zorgbehoeftige mogelijk maakt om particuliere hulp aan te trekken in gevallen waarin de instellingen voor gezinsverzorging daarin niet kunnen voorzien.

1.3.4. Algemeen maatschappelijk werk

Maatschappelijk werkers zijn in dienst van instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Deze instellingen zijn opgezet als zelfstandige stichtingen. Naast hoofdbureaus kent de instelling vaak subbureaus en spreekuuradressen. Ten opzichte van de andere kerndisciplines werken er relatief veel maatschappelijk werkers in gezondheidscentra. Er zijn in Nederland in 1984 ongeveer 180 instellingen voor AMW. Driekwart van de instellingen levert niet alleen maatschappelijk werk maar kent combinaties met andere werksoorten, in 67% van de gevallen gezinsverzorging. In 22% van de gevallen bestaan combinaties met weer andere werksoorten zoals woonwagenwerk, sociaal-cultureel werk, open bejaardenwerk, jongerenwerk e.a..

Het aantal uitvoerend maatschappelijk werkers groeide van 1975 tot en met 1984 van 1.702 naar 2.200. Hier betreft het eerste cijfer alleen formatieplaatsen die door het toenmalige CRM werden gefinancierd en het tweede alle arbeidsplaatsen.

In de spreiding van het aantal maatschappelijk werkers over de landsdelen bestaan verschillen. Deze zijn vooral historisch bepaald en dan vooral door de confessionele achtergrond van het maatschappelijk werk.

Het AMW verleent zogenaamde procesmatige hulp. Dit houdt begeleiding en ondersteuning in gedurende "moeilijke tijden". Deze hulpverlening wordt in 1984 aan 46% van alle hulpvragers bij het AMW verstrekt. Verder verleent deze werksoort informatie (19%), bemiddeling (14%) en verwijzing. Een maatschappelijk werker kan tenslotte handelingen van de cliënt overnemen. De hulp kan gericht zijn op bepaalde categorieën van de bevolking zoals etnische minderheden, bepaalde leeftijdsgroepen (ouderen) of individuele cliënten met een speciale problematiek. Er bestaan bij het werk van het AMW raakvlakken met tal van andere hulpverleners in sociale diensten, en ook met huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en RIAGG.

Het aantal **hulpvragers**, (cliënteneenheden), is in de jaren 1977-1984 volgens het CBS gestegen van 137.000 tot 198.000 (45%). Iets meer

vrouwen dan mannen (57% tegen 43%) maakten in 1984 gebruik van het AMW. Ondervertegenwoordigd zijn de jongste leeftijdsgroepen (tot 20 jaar) en de 60+-ers. De andere leeftijdsgroepen zijn dus oververtegenwoordigd.

De problemen waarmee de mensen bij het AMW aankloppen, betroffen in 1984 vooral de materiële levensomstandigheden (46% van de problemen). Het gaat om zaken als huisvesting, inkomen, gezondheid en geldbesteding.

In 31% van de gevallen is sprake van relatieproblemen en in 20% van psychische problemen (identiteitsverlies, verwerking, eenzaamheid). Per hulpeenheid variëren de aantallen contacten tussen 3 (informatie/advies) en 11 (begeleiding, groepswerk).

Interessant is het gegeven dat 20 à 23% van de cliënten van het AMW contact opneemt na verwijzing door hulpverleners uit de gezondheidszorg (CBS, 1984). Ongeveer 50% komt er op eigen initiatief.

Regelingen en financiering

Het AMW is vrij toegankelijk en kosteloos. Per 1 januari 1982 is de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening in werking getreden. In deze regeling is de uitvoering van het subsidiebeleid gedecentraliseerd op het niveau van de gemeenten. Het AMW bevindt zich hierbij in een soort concurrentiepositie met andere instellingen voor maatschappelijke dienstverlening zoals bibliotheken, buurthuizen en dergelijke. Het geld voor de instellingen is voor de helft afkomstig van het Ministerie van WVC en voor de andere helft van de gemeenten, in casu het gemeentefonds. De vier grote steden hebben een eigen regeling voor de financiering. Het AMW ervaart het huidige gedecentraliseerde subsidiebeleid als een onzekere financieringsbasis.

1.3.5. Fysiotherapie

Exacte cijfers over de groei van het aantal fysiotherapeuten is niet beschikbaar. De groei is wel explosief te noemen. In 1948 leggen 100 kandidaten het (dan niet verplichte) fysiotherapie-examen af in 1971 (het examen is vanaf 1971 verplicht) 500 en vanaf 1977 studeren jaarlijks meer dan 1.000 personen af. Een gevolg is dat een groot deel van hen (in 1982 23%) niet als fysiotherapeut werkzaam is.

Per 1 januari 1985 telt Nederland een kleine 9.000 fysiotherapeuten in de eerstelijns. De fysiotherapeuten vormen een jonge beroepsgroep (62% is jonger dan 35 jaar). Van alle fysiotherapeuten heeft 42% een

overeenkomst met het ziekenfonds, de rest is of medewerker van een ziekenfondspraktijk of werkt met particuliere cliënten.

Van 1974 tot 1985 is er een aanzienlijke stijging van het gebruik van de fysiotherapeut. Bij de leeftijdsgroep van 18 tot 44 jarigen is sprake van een verdubbeling en bij de 65-plussers van bijna een verdriedubbeling (van 6% naar 15,6%).

Fysiotherapeuten mogen alleen na verwijzing behandelen, ongeacht het verzekeringspakket van de patiënt. Ziekenfondsverzekerden mogen pas na verkrijgen van een machtiging van het ziekenfonds behandeld worden.

Per machtiging is er een limiet aan het aantal gecombineerde behandelingen.

Tabel 1.6. Percentage personen met tenminste één contact met een fysiotherapeut in één jaar

	totaal	man	vrouw	18-44 jaar	45-64 jaar	65 en ouder
1981	8,3	8,4	8,2	6,5	11,3	9,6
1984	11,9	10,6	13,2	9,6	14,6	15,6

Bron: Gezondheidsenquête, CBS.

Regelingen en financiering:

Er is sedert 1965 een kaderwet op de paramedische beroepen van kracht. Via besluiten worden verschillende beroepen geregeld; zo ook de fysiotherapeuten. In het fysiotherapeutenbesluit staat onder andere dat de fysiotherapeut behandelt ingevolge verwijzing door een arts.

Fysiotherapie is een onderdeel van het verstrekkingspakket in het kader van de ziekenfondswet. Vanaf het einde van de jaren zestig kunnen de fysiotherapeutische applicaties (allerlei met behulp van technische apparaten uitgevoerde behandelingen) buiten inrichtingen uitgevoerd worden.

Begin jaren zeventig stijgen de kosten voor fysiotherapie snel. Dit geeft aanleiding tot het instellen van beperkende maatregelen. Deze houden onder andere een beperking in van het aantal applicaties per zitting tot één (naast de massage en bewegingstherapie) en het aantal zittingen per machtiging. Tevens wordt een norm gesteld aan het aantal fysiotherapeuten ten opzichte van het aantal inwoners.

1.4. Het overheidsbeleid inzake de eerstelijns(gezondheids)zorg

Het overheidsbeleid inzake de gezondheidszorg in de voorgaande twintig jaar wordt door Joling (1985) in vier perioden van vijf jaar onderverdeeld, waarbij in het begin van de jaren zeventig, mede als gevolg van economische teruggang een omslag plaatsvindt. Deze vier perioden waren:

- 1965 - 1969 Liberalisatie en expansie
- 1970 - 1974 Onderkenning structuurcrisis
- 1975 - 1979 Ontwikkeling structuurwetgeving
- 1980 - 1984 Herstructureringsbeleid, kostenbeheersing, heroriëntatie

In de periode van liberalisatie en expansie vond met name een sterke groei van tweedelijnsvoorzieningen plaats, terwijl de eerstelijns een bonte lappendeken van hulpverleners en instellingen was. Om aan de blijkbaar ongeremde groei van de uitgaven in de tweedelijns een halt toe te roepen, werden nieuwe beleidswegen ingeslagen.

Dit vindt gestalte in de Structuurnota van 1974. In deze nota werden de grote lijnen aangegeven voor een betere structurering van de gezondheidszorg, o.a. vanuit kostenoverwegingen.

Hoofdpijnen in de Structuurnota zijn de regionalisering en echelonering. Middels regionalisering wordt getracht om de planning en besturing van de gezondheidszorg in beperkte geografische gebieden (regio's) te realiseren.

Echelonering is een poging om voorzieningen, die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen in gemeenschappelijke organisatorische kaders te integreren; een vorm van horizontale en functionele integratie. Bij het streven naar een geïntegreerde gezondheidszorg hoort een breed eerste echelon, waarin zoveel mogelijk problemen opgelost worden.

In het kader van de regionalisatie wordt ook aandacht besteed aan de samenwerking en onderlinge afstemming van de kerndisciplines in de eerstelijns. Tevens wordt een spreidingsbeleid nagestreefd.

De gemeenten zouden een bijdrage moeten leveren aan de verbetering van de ELZ.

In de Structuurnota wordt de regio als geografische eenheid genoemd, waarbinnen een samenhangend stelsel van gezondheidsvoorzieningen moet worden gecreëerd. In latere nota's worden dat WGR- en WVG-gebieden (Wet Gemeenschappelijke Regelingen en Wet Voorzieningen Gezondheidszorg). Deze indeling is echter op een aantal plaatsen wei-

nig functioneel. De kerndisciplines hebben namelijk nog slechts in geringe mate hun activiteiten op deze regio-indeling afgestemd. Ieder heeft een eigen gebiedsindeling en ondersteuningsniveaus. Andere, aansluitende sectoren als de tweedelij, de basisgezondheidszorg, RIAGG en GMD hebben weer andere gebiedsindelingen. De afstemming binnen regio's wordt verder doorkruist door het niet doorgaan van de gewestvorming.

De echelonnering wordt vooral gestalte gegeven via versterking van de eerstelij. Binnen dit kader past ook het streven naar substitutie van het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen door de goedkoper geachte zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt in zijn eigen omgeving. Er worden aanzienlijke bedragen op de rijksbegroting gereserveerd ter versterking van de ELGZ en de afzonderlijke beroepen. De grootste bedragen gaan naar de beroepsopleidingen, de regionalisatie- en herstructureringsinspanningen en de stagevergoeding van adspirant-huisartsen. Ook de oprichting van gezondheidscentra wordt extra financieel ondersteund.

De multidisciplinaire samenwerking moet gestalte krijgen in de vorm van gezondheidscentra. In 1987 bestaan in Nederland 146 gezondheidscentra en worden er 425 home-teams aangetroffen. De groei van het aantal centra neemt de laatste jaren overigens af.

De vier kerndisciplines doen in 1984 in de volgende mate mee aan de gezondheidscentra en de minder gestructureerde home-teams:

	gezondheidscentra %	home-teams %	totaal %
maatschappelijk werk	10*	22	32
wijkverpleegkundigen	9	18	27
huisartsen	7	15	22
hoofden gezinsverzorging	2	11	13
gemiddelde van alle EL- werkers	7	14	23,5

* 10% van alle maatschappelijk werkers is verbonden aan een gezondheidscentrum

Bijna een kwart van alle eerstelijnswerkers werkt multidisciplinair

en structureel samen. Dit is niet onaanzienlijk, gezien de korte tijd sedert de start van de pogingen tot samenwerking. In 52% van de gezondheidscentra is sprake van overeenstemmende werkgebieden van de deelnemende disciplines.

De positie van de huisarts is versterkt door versterking van de genoemde samenwerking, verkleining van de normpraktijk, intercollegiale toetsing, na- en bijscholing en het bevorderen van de toegang tot diagnostische voorzieningen in het ziekenhuis. In 1970 vestigden 25% van de artsen zich in associatie in 1985 is dat al tot ongeveer 50% gestegen.

Het kruiswerk moet via herstructurering (schaalvergroting) AWBZ-financiering en extra groei van formatieplaatsen beter toegerust worden voor de vraag naar thuisverpleging.

Steeds meer instellingen zijn 7x24 uur bereikbaar. Voor de AMW- en kruisinstellingen geldt dat al voor meer dan 80% van de instellingen.

De echelonnering zou gevolgd moeten worden door substitutie van zorg. Zo zou de verpleging kunnen verschuiven van het ziekenhuis naar de wijkverpleging. Systematische gegevens over deze pogingen ontbreken voorsnog. Wat de behandeling betreft zou de huisarts taken van de specialist over kunnen nemen. Sedert de helft van de jaren '70 is de voortdurende stijging in de aantallen verwijzingen tot staan gebracht en dit ondanks een grote toename van het aantal specialisten en van de vergrijzing.

Voor een sterke eerstelijns, een echelon dat meer complexe problemen kan behandelen, is naast versterking van de samenwerking ook een geïntegreerde ondersteunings- en financieringsstructuur nodig. Beide zijn echter nog niet gerealiseerd. De disciplines hebben afzonderlijk wel de beschikking over ondersteunende organisaties en zijn financieel versterkt.

Uit het rapport 'Naar een sterkere eerstelijns', deel I; Het overheidsbeleid (NIVEL, 1987), citeren we de volgende conclusie: "Wij zijn met betrekking tot de decentralisatie/regionalisatie nog veraf van de idealen van de Structuurnota. De oorzaak ligt niet bij de decentrale overheden. Het probleem is dat invoering van de WVG volgens complexe planprocedures botst met de tijdgeest waarin deregulering de boventoon voert. Eén voor de WVG belangrijke ontwikkeling, de gewestvorming, is bijvoorbeeld geblokkeerd. Een andere rem op de vor-

ming van WVG-gebieden ligt bij de (gezondheids)zorgorganisaties. Op bestuurs- en organisatorisch niveau zijn de activiteiten van de vier kerndisciplines niet op deze indeling afgestemd. Het oordeel over de regionalisering is daarom niet positief.

Met de echelonnering is het beter vergaan. Er heeft een integratie plaatsgevonden in de vorm van gezondheidscentra en home-teams. De zorgsector (algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging) zijn in de eerstelijns geïntegreerd. In tegenstelling tot de ons omringende landen heeft het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een duidelijke eerstelijns, waar generalistische zorg geleverd wordt en waarlangs de toegang tot de meer gespecialiseerde zorg geregeld is.

De substitutie die nagestreefd wordt, zal een taakverzwaring in de eerstelijns betekenen. Bij de opleidingen en nascholing lijkt daar te weinig op geanticipeerd te zijn. Dit terwijl de toekomst van de echelonnering staat of valt met de aanpassing van de eerstelijns aan de verzwaring en uitbreiding van haar taken. Vindt die aanpassing niet plaats, dan, zo waarschuwt ook de hier geciteerde studie, zal in toenemende mate de thuiszorg georganiseerd worden vanuit de intramurale voorzieningen.

Met wat tot op heden aan herstructurering van de gezondheidszorg en de versterking van de eerstelijns is bereikt, is dus geen eindpunt bereikt. 'De voorwaarden zijn geschapen om de veranderingen die er op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg staan aan te komen, op kwalitatief hoog niveau in de eerstelijns op te vangen. Voorwaarde is dat bij handhaving van de structurele verworvenheden, geïnvesteerd wordt in kwaliteit' ('Naar een sterkere eerstelijns? 1: overheidsbeleid' p. 88).

2. THUISZORG

Aangezien het begrip thuiszorg op veel verschillende manieren wordt gedefinieerd, afhankelijk van de positie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, is het nodig vooraf te omschrijven wat wij hier onder het begrip zullen verstaan.

Bij de experts die tijdens het vooronderzoek geïnterviewd werden, varieerde het begrip thuiszorg van een andere naam voor eerstelijnsgezondheidszorg, tot verzorging van ontslagen ziekenhuispatiënten thuis. In gesprekken met huisartsen wordt onder thuiszorg de huisartsenzorg verstaan, gecombineerd met gezinszorg, wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie, terwijl het vanuit de gezinszorg en wijkverpleging de thuiszorg voornamelijk de eigen hulpverleners betreft met andere hulpverleners, zoals de huisarts op de achtergrond voor de overige somatische en psychische gezondheidszorg. Wij zullen onder thuiszorg de hulpverlening in de thuissituatie verstaan, gericht op patiënten die verzorgings- of verplegingsbehoefte zijn; deze hulpverlening moet op geïntegreerde wijze plaats vinden door de hulpverleners van de vier kerndisciplines en door de zogenaamde mantelzorg (niet professionele hulpverlening door bijvoorbeeld familie en/of burens). In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van de belangrijkste onderwerpen in de literatuur; daarna worden ontwikkelingen geschetst, vooral gebaseerd op de interviews met deskundigen.

2.1 Hulpverleners

De thuiszorg kan gezien worden als complementair aan de geïnstitutionaliseerde zorg verstrekt in ziekenhuizen, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. De hulpverleners die op dit terrein actief zijn, zijn onder meer de gezinsverzorging, de wijkverpleging, de maatschappelijk werker en de huisarts (zie ook hoofdstuk 1 van dit deel).

Gezinsverzorging

De gezinsverzorging wordt formeel tot de maatschappelijke dienstverlening gerekend en is georganiseerd in instellingen voor gezinszorg op gemeentelijk of regionaal niveau, welke in sommige gevallen nog een confessionele achtergrond hebben. De instellingen zijn in een

aantal gevallen gecombineerd met instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. De hulpverleners in de gezinszorg zijn onder te verdelen in drie functiegroepen; gezinshulpen, de bejaardenverzorgster en de leidster gezins/bejaardenzorg.

Patiënten die een beroep willen doen op de dienstverlening door deze instellingen dienen een eigen bijdrage te betalen.

Wijkverpleging

De wijkverpleging wordt via de AWBZ gefinancierd en is georganiseerd via de kruisverenigingen, die een grote reorganisatie-operatie achter de rug hebben waarbij de verschillende confessionele verenigingen gefuseerd zijn. Het kruiswerk biedt de volgende diensten aan: zwangerschapszorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, zorg voor ouderen en gehandicapten, preventieve ouderenzorg, voedingsvoorlichting, dieetadvisering en GVO. Het kruiswerk voorziet ook in de behoefte aan verpleegartikelen en hulpmiddelen. Op werkniveau zijn de wijkverpleegkundigen georganiseerd in basiseenheden. Als werkgever treedt de regionale of provinciale kruisvereniging op. Landelijk bestaat er, evenals bij de gezinsverzorging, een koepelorganisatie.

Huisartsenzorg

Huisartsen verrichten hun werkzaamheden als zelfstandige beroepsbeoefenaren. Hun inkomsten komen deels van de ziekenfondsen, die per ingeschreven patiënt een abonnementshonorarium verstrekken en deels van particuliere patiënten die per consult betalen. Huisartsen zijn georganiseerd via de Landelijke Huisarts Vereniging, die vooral als belangenvereniging optreedt. Van recente datum is een regionale ondersteuningsorganisatie (Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen).

Maatschappelijk werk

Het vrij toegankelijke Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) wordt verleend vanuit instellingen die op gemeentelijk niveau gefinancierd worden. Ook het AMW kent een koepelorganisatie (JOINT).

2.2 Functies in de thuiszorg

De zorgverlening in de thuiszorg kan op verschillende manieren beschreven worden. De meest globale indeling is die in preventieve, curatieve en verplegingsfuncties.

Uit de nota "Visie op zorgverlening vanuit de eerstelijns" van de Na-

tionale Raad voor de Volksgezondheid ontleen we de volgende functies:

a. Het **onderkennen** van problemen.

Hierbij gaat het om wat in de psychiatrische gezondheidszorg wel de "intake" wordt genoemd, het betreft reeds aanwezige stoornissen van de gezondheid en het voorkomen en bestrijden van risico's die een bedreiging voor de gezondheid kunnen vormen. Zowel de diagnosestelling als de coördinatie van de hulpverlening zijn hierin belangrijke functies.

b. Het **veranderen** van de situatie, zodat het probleem voor betrokkene verholpen wordt of acceptabel gemaakt wordt. Kort gezegd omvat deze functie het behandelplan, waartoe ook verpleging, verzorging, begeleiding en ondersteuning bij de oplossing van het probleem horen.

c. Het **beschermen** van degene die in een situatie verkeert, waarin geen 'oplossing' mogelijk is. Het doel is de situatie te stabiliseren en draaglijk te maken en zo mogelijk erger te voorkomen. De begeleiding van chronisch zieken, gehandicapten en terminale patiënten wordt hieronder verstaan. Er zijn situaties waarin de afhankelijkheid van (professionele) zorg blijvend is er wellicht zelfs zal toenemen. Zonder aanvullend en ondersteunend gezondheidszorgkader zullen deze hulpvragers zich niet kunnen handhaven in de thuissituatie.

d. Het **voorlichten** van de hulpvrager ten aanzien van het verloop van de problematiek en de mogelijkheden van zowel de professionele zorg als zelf/mantelzorg en vrijwilligerswerk om aan de oplossing bij te dragen.

2.3. Ontwikkeling hulpvraag

Voor wat betreft de ontwikkeling voor de hulpvraag kan gesteld worden dat het aantal langdurig zieken, langdurig of blijvend gehandicapten en de ouderen een steeds belangrijker plaats innemen onder de hulpvragenden en dat deze ontwikkeling zich zal voortzetten.

Met betrekking tot een aantal belangrijke ziekten in Nederland ((ischemische) hartziekten en kanker) worden in de betreffende scenario-rapporten de volgende, voor ons scenario belangrijke opmerkin-

gen gemaakt: De winst (bij de hartziekten) door betere diagnostiek en behandeling ligt vooral in de verbetering van invaliderende klachten en betreft vooral de kwaliteit van leven. De langere levensverwachting zal wel gepaard gaan met frequentere, acute en chronische ziekteprocessen in een vergrijzende bevolking, met een minder gunstige baten/lasten verhouding bij behandeling (het hart van de toekomst - de toekomst van het hart, STG, 1986).

Met betrekking tot kanker: ongeveer de helft van alle kankerpatiënten zal niet genezen. Voor deze meestal oudere patiënten zal voldoende ondersteunende zorg moeten komen, die grotendeels thuis zal worden gegeven. Het aantal zorgvragende kankerpatiënten (prevalentie) zal sterk toenemen. Hieronder vallen onder andere patiënten die langdurig overleven, die palliatief behandeld worden en patiënten die in een terminale fase verzorgd worden (Kanker in Nederland, deel I, STG, 1987).

In de Nota 2000 wordt op basis van deze en andere ontwikkelingen een beleid geschetst dat enerzijds gericht is op het zoveel mogelijk voorkomen van deze aandoeningen en aan de andere kant een verschuiving van zorgverlening van de dure en specialistische tweedelijnszorg naar de goedkopere en generalistische eerstelijnszorg en zo mogelijk naar de niet-professionele mantelzorg. Over de mogelijkheid van preventie van de genoemde levensbedreigende aandoeningen wordt verschillend gedacht.

Huisarts: Onderzoeken naar de vraag, dan wel de gerealiserende consumptie, zijn aanwezig op het gebied van de huisartsgeneeskunde.

Verklaringen voor verschillen in medische consumptie zijn onder andere door Van der Zee (1982) onderzocht. Belangrijkste verklarende variabele is de gezondheidstoestand. Deze toestand brengt de cliënt ertoe om te klagen. Deze klaaggeneigheit wordt ook beïnvloed door de zogenaamde emotionele labiliteit, de neiging tot klagen.

Naast de gezondheidstoestand wordt het bezoek aan de huisarts beïnvloed door de leeftijd (ondanks een gemiddeld slechtere gezondheid klagen ouderen minder), burgerlijke staat (gescheidenen klagen meer), werkloosheid, een minder geslaagde integratie in de sociale omgeving en onkerkelijkheid.

Consumptiegeneigtheid blijkt niet te correleren met het type aandoening (Mootz, 1981) noch met geslacht en, in tegenstelling tot Van der Zee wel, met de burgerlijke staat. Ook andere persoonskenmerken verklaren de consumptiegeneigtheid niet. Overigens verklaart iemands consumptiegeneigtheid voor 28% de werkelijke medische consumptie.

Van Eijk (1979) ging in zijn dissertatie na, of het ontstaan van ziekten samenhangt met het probleemoplossend vermogen. Uit zijn onderzoek blijkt dat dit vermogen inderdaad een rol speelt bij het ontstaan van ziekte. Andere invloeden daarop waren onder andere kenmerken als sociale klasse, gezinsgrootte en gezinsfase.

Het door Van der Zee opgestelde verklaringsmodel kan, waar sprake is van invloeden van persoonskenmerken, gebruikt worden voor de berekening van het toekomstig gebruik van de huisartsgeneeskunde.

Wijkverpleging

De behoefte aan wijkverpleegkundige hulp treedt vooral op bij personen die thuis het bed moeten houden of met andere gezondheidsproblemen kampen. Veelal is aan de meer verpleegkundige hulp de vraag gekoppeld aan steun bij lichaamsverzorging, het zich aan- en uitkleden en naar het toilet gaan (Scheffer, Knapen en Hutjes, 1975).

Eenderde van hen had behoefte aan verpleegkundige behandeling terwijl de behoefte aan hulp wat het wassen en baden betreft, door 46% werd geuit, aan- en uitkleden (38%) en naar toilet gaan (32%).

De categoriale patiëntenverenigingen brengen voornamelijk verpleegtechnische wensen naar voren (Visser, 1984). Verenigingen van ouderen, (ex-)psychiatrische patiënten en algemene patiëntenverenigingen zien vooral taken voor de wijkverpleging bij signalering van problemen en het voeren van gesprekken.

De vraag naar wijkverpleging onder de gehele bevolking is niet in kaart gebracht. Wel zijn gegevens bekend van zogenaamde peilstations. Dit maakt de extrapolatie van deze vraag in de toekomst niet zonder meer mogelijk.

In een onderzoek naar de aansluiting tussen behoefte aan wijkverpleegkundige zorg (en gezinsverzorging) en het aanbod vindt Verhaak (1985) dat hulp bij het lichamelijk dysfunctioneren door professionele werkers (wijkverpleging) wordt geboden. Bij andere zaken (hulp bij huishouden, ADL-handelingen en psycho-sociale ondersteuning) wordt de hulp geboden door een mengeling van professionele en mantelzorg. De cliënten ontvangen voldoende steun bij lichamelijke verzorging en dysfunctioneren. Meer onvervulde behoeften bestaan op het gebied van ADL-verrichtingen, verzorging van het huishouden en op het gebied van materiële en de psycho-sociale factoren (verwerking aandoening, eenzaamheid, e.a.).

Meer thuiszorg en substitutie van residentiële zorg leidt tot taakuitbreiding en een zwaardere nadruk op de bestaande taken. Dit gebeurt in een situatie waarin veelal (gezins)verzorging en ondersteu-

ning al gemist moet worden terwijl bovendien verdere bezuinigingen moeten plaatsvinden. Bovenstaande onderzoekgegevens wijzen op de noodzaak van een verdergaande integratie en coördinatie in de thuis-hulp en -verpleging. De taakuitbreiding en -verzwaring brengen de eis voor verdere kwalificatieverwerving met zich mee.

Een vervolgstap in het substitutieproces is de toename van de zelfredzaamheid van de cliënten. Deze kan echter vaak alleen vergroot worden, aldus Verhaak, door adequate professionele hulp ook in de GVO-sfeer. Wanneer deze gegarandeerd is op enige elementaire gebieden is men veelal langer in staat om zelfstandig het bestaan voort te zetten. De mantelzorg heeft haar grenzen. Aan meer mantelzorg is, bij de onderzochte groep thuiscliënten, geen behoefte. Zou de professionele hulp thuis wegvallen, dan is in een groot aantal gevallen residentiële verzorging en verpleging het enige alternatief.

Gezinsverzorging

De kenmerken van de hulpvragers van de gezinsverzorging zijn aanmerkelijk beter onderzocht dan die van de wijkverpleging. Het betreft landelijke onderzoeken. Hieruit blijkt dat 13% van de huishoudens hulpbehoefstig was gedurende het jaar, voorafgaand aan het onderzoek. Duidelijke boven dit gemiddelde bevinden zich verweduwen (26,8%), bejaarden (24,2%), mensen met een laag inkomen (21,4%), vrouwen (20,4%), één oudergezinnen (19%) en personen met weinig opleiding (18%). Van de 65-plussers kan bijna eenderde één huishoudelijke handeling niet meer verrichten, 18% moet twee handelingen aan een ander overlaten (SCP, 1980).

In het CBS-cliëntenonderzoek (CBS, 1982) gaf bijna de helft van de aanvragers meer dan één reden op voor het verzoek. Vaak speelt ouderdom daarbij een rol (63%), of langdurige ziekte (41%). Andere redenen zijn lichamelijke handicap (24%), redenen van psychische aard (12%), verwachte opname in een ziekenhuis (13%) of juist ontslag uit zieken- of verpleeghuis (8%).

Algemeen Maatschappelijk Werk

Onderzoek naar de behoefte aan hulpverlening door het AMW is schaars, wel zijn gegevens over het gebruik bekend, gedeeltelijk afkomstig van het CBS en gedeeltelijk afkomstig van een eigen (landelijke) registratie (JOINT).

In een onderzoek naar mogelijke verschillen in het cliëntenbestand van maatschappelijk werkers die nauwe relaties met de gezondheids-

zorg hebben en de werkers die nauwe relaties hadden, bleek dat de huisarts bij de eerste groep een veel belangrijker verwijzer was dan bij de tweede groep (25% versus 13%). Andere verschillen waren echter nauwelijks aanwezig.

2.4 Gesignaleerde ontwikkelingen

Inhoudelijk

Ook door de meeste geraadpleegde deskundigen wordt het beeld onderschreven dat de vraag naar thuiszorg zal toenemen en complexer van aard zal worden.

Aan de andere kant wordt door sommigen verondersteld dat het sluiten van ziekenhuisbedden niet tot meer en ingewikkelder verpleging thuis zal leiden. De reden dat patiënten nu langer in het ziekenhuis liggen, is niet zozeer dat deze patiënten verpleging nodig hebben, maar 'voor alle zekerheid'. Wanneer deze patiënten naar huis gaan, hebben ze dan ook niet zozeer professionele verpleging nodig, maar een betrouwbaar bewakingssysteem (via bijvoorbeeld 'telecare'). Zo'n systeem is, althans volgens de mening van specialisten, momenteel in de eerstelijnsgezondheidszorg pas in ontwikkeling.

De verwachting van een grotere druk op de thuiszorg door meer chronische patiënten en ouderen is algemeen. Het accent ligt dan echter vooral op de sociale kant van de bejaarden- en gezinszorg; dus een 'gezellig gesprek' naast het verzorgen van de huishouding.

Organisatorisch en financieel

De deskundigen uit het veld van zowel de gezinsverzorging als het kruiswerk zien inhoudelijk wel een samengaan van de beide disciplines gebeuren, waarbij mogelijk hulpverleners van een aantal (zes?) hulpverleningsniveau's van eenvoudig huishoudelijk werk, tot volwaardig verpleegkundige (bijv. bevoegd tot het toedienen van intraveneuze injecties) de professionele hulpverlening kunnen verzorgen.

De integratie kan op verschillende wijzen plaatsvinden, van een gezamenlijke indicatiestelling tot een volledige fusie. De laatste optie maakt vooralsnog iedereen huiverig. In de afgelopen jaren hebben de disciplines zich intern hecht georganiseerd en zijn integratiepogingen blijven steken, door hetzij afwijkende financieringsbronnen, hetzij de gekozen organisatievorm. Wanneer gesproken wordt over 'chaos' in de eerstelijns, dan spreekt men eigenlijk over het ontbreken van duurzame en effectieve samenwerkingsverbanden tussen de vier

kerndisciplines (Congres Samenwerking Kruiswerk-Gezinszorg, Vinkeveen, 1985).

Dit congres geeft ook een opsomming van verschilpunten tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging. Als gedacht wordt aan enige vorm van integratie in de eerstelijns, ten behoeve van de thuiszorg, is het verhelderend om deze punten in gedachten te houden. Afgezien van de historische achtergrond, verschillen de twee disciplines op de volgende terreinen.

- de sectoren waarin beide werken (gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening);
- de (interne) communicatie- en besluitvormingsstructuur;
- de functionele opbouw;
- de financiering (ziekenfonds- en AWBZ-financiering tegenover budgetfinanciering);
- financiële bijdrage van de gebruiker;
- autonomie van de instellingen, mate van professionalisering e.d. (Congres, Vinkeveen, 1985).

Eenzijds verkokeren de instellingen van de kerndisciplines in de eerstelijns, anderzijds hebben allen een redelijk breed takenpakket waarin voortdurend veranderingen plaatsvinden, waardoor ze op elkaars terrein terecht komen. Deze overlappings geven aanleiding tot grensgeschillen vooral in samenwerkingssituaties. Bij de relatie huisarts-wijkverpleging o.a. met betrekking tot preventieve taken (hoe dient de taakverdeling bij de consultatiebureau's te zijn?).

Bij de relatie wijkverpleging-gezinsverzorging speelt de vraag wie de begeleiding van de patiënt op zich neemt; de gezinsverzorgster heeft de neiging ook wijkverpleegkundige taken uit te gaan voeren. Bij deze grensgeschillen speelt de behoefte aan verdere professionalisering van de lager gekwalificeerde partij (Congres Vinkeveen, 1985).

Tijdens de discussiedag met deskundigen op dit gebied, gehouden tijdens het vooronderzoek, kwam naar voren dat belangrijke veranderingen op het terrein van integratie van kerndisciplines de komende vijftien à twintig jaar slechts langzaam zullen gaan. Dat gaat echter niet op wanneer er wijzigingen optreden in de financieringsstructuur, danwel de wet- en regelgeving. Wanneer het bijvoorbeeld mogelijk wordt verzorging en verpleging op commerciële basis of vanuit de tweedelijns aan te bieden, zullen de huidige instellingen van kruiswerk en gezinsverzorging niet veel anders kunnen dan tot nieuwe structuren voor efficiënte hulpverlening te komen. In hoeverre de

huisartsenzorg en AMW zich bij die integratie aan zullen sluiten, kon moeilijk worden ingeschat. De positie van de huisarts als spil en coördinator van de thuiszorg is in dit kader een vraagstuk. Het is immers voorstelbaar dat een geïntegreerde gezins- wijkverplegingsorganisatie de behoefte aan een coördinator zelf zal gaan invullen. Een ontwikkeling naar een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn, waarbij de verschillende functies (inclusief preventie) op districtsniveau worden georganiseerd, met een bijbehorende financierings en managementstructuur, al of niet vanuit gezondheidscentra wordt weliswaar door de W.H.O. gepropageerd en ook door de geraadpleegde deskundigen onderschreven. De kans dat dit terrein binnenkort iets gebeurd, kon moeilijk worden ingeschat, het vraagt om grote veranderingen in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg. Volgens één van de deskundigen zou de overheid hier door middel van de financiering sturend kunnen optreden. Gedacht kan dan worden aan wijk- of regiobudgetten, waartoe dan ook het budget voor een verpleeg- of verzorgingsunit met 20 à 30 bedden zou moeten behoren.

2.5 Scenario's thuiszorg

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat er op het terrein van de thuiszorg in de komende jaren veel ontwikkelingen te verwachten zijn. Het opnemen van met name strategiescenario's op het vlak van de organisatie van de thuiszorg ligt voor de hand. In het rapport "Potentials for home-care technology" (Banta, e.a. 1987) wordt als belangrijkste conclusie gesteld dat: "Home-care in the Netherlands urgently needs organization". Het rapport beklemtoont verder de noodzaak tot het ontwikkelen van **policy options** of **scenario's**.

Alhoewel de wenselijkheid om op het terrein van de thuiszorg een scenariostudie te verrichten nauwelijks betwijfeld hoeft te worden, dient wel stilgestaan te worden bij de vraag in hoeverre een scenariostudie op dit terrein mogelijk is.

Gegevens over de vraag naar thuiszorg (bij de vier kerndisciplines) zijn niet in grote mate en over een lange reeks van jaren verzameld. Een uitzondering vormen de meer globale aanwijzingen voor het gebruik van wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk uit de leefsituatie onderzoeken en de Gezondheidsenquêtes van het CBS. Voor huisartsenhulp zijn deze bronnen ook te gebruiken; daarnaast zijn op plaatselijk niveau studies gedaan naar de morbiditeit

in de huisartspraktijk en komen binnenkort gegevens beschikbaar via de Nationale Studie naar morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk, welke bij het NIVEL wordt uitgevoerd.

De koepelorganisaties van kruiswerk, gezinsverzorging en maatschappelijk werk beschikken bovendien over gegevens betreffende de geboden hulpverlening; deze zijn veelal niet direct toegankelijk.

De genoemde gegevens kunnen gebruikt worden in referentie-scenario's over de thuiszorg en zijn hieronder nader gespecificeerd.

- De Gezondheidsenquêtes (sedert 1981) en de Leefsituatieonderzoeken (sedert 1974) van het CBS en SCP (bezoek cq. gebruik van thuiszorg). Dit gebruik is te specificeren naar relevante persoonskenmerken, onder andere de gezondheidstoestand, leeftijd en geslacht.
- Relevant met name voor de gezinszorg en wijkverpleging zijn de twee leefsituatieonderzoeken van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder (76 à 82). Hierin wordt het gebruik van medische voorzieningen en de hulpverlening en verzorging van het huishouden afgezet tegen persoonskenmerken en de leefsituatie.
- Het Kruiswerk is niet volledig in kaart gebracht. Belangrijk is het peilstationsproject uit 1985. De individuele zorgverlening (handelingen), details van contacten, diagnose enz. worden er gepresenteerd naast persoonsgegevens (leeftijd, geslacht), daarnaast het aantal contacten per maand en tijd van de dag. Dit peilstationsproject is echter niet openbaar.
- Er bestaat een onderzoek naar de avond- en nachtzorg door de wijkverpleging in Amsterdam (1987).
Binnen het NIVEL is een gedetailleerd onderzoek van start gegaan naar de wijkverpleging. Hierin worden gegevens verzameld over het verpleegdeel, de zorgactiviteiten, begeleidende activiteiten, het opmerken van psycho-sociale problemen naast zaken als preventief bejaardenbezoek en GVO. Van de patiënt worden de relevante gegevens (leeftijd, geslacht, woonsituatie en achterliggende ziekte) geregistreerd. De eerste resultaten zijn begin 1988 beschikbaar.
- Het CBS heeft in 1980 een onderzoek gedaan onder 10% van de gebruikers van de gezinsverzorging. Onder het grote aantal cliëntgegevens vinden we ook gegevens over 'andere, georganiseerde hulp'.
- De CRvG (gezinsverzorging) registreert in het zogenaamde Liersysteem zaken als typen verzorgende handelingen, begeleidende sociale activiteiten, het soort huishouden, duur van de hulp (minder of meer dan 1 jaar) en het aantal uren per huishouding.

- Het monitoring-project Rotterdam/Maastricht (1979-1981); aantal ziektegevallen bij de huisarts onderverdeeld in leeftijd, geslacht, gezinssituatie en verzekeringsvorm. De gevolgde behandeling en eventuele verwijzing zijn ook geregistreerd.
- Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (vanaf 1967); aantal ziektegevallen onderverdeeld naar diagnose. Geregistreerd wordt ook de leeftijd, geslacht, ziektekostenverzekering, woonverband en sociale klasse. Verwijzingen worden geregistreerd.
- Nationale Studie naar morbiditeit en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Gedurende drie maanden wordt ieder patiëntencontact met een representatieve groep huisartsen geregistreerd. Behalve uitgebreide gegevens over klacht en diagnose, behandeling en verwijzing, wordt aanvullende informatie verkregen via een gezondheidsenquête bij patiënten uit de registratiepraktijken en een enquête bij de huisartsen. Van de patiënten zijn leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, sociale status, opleiding etc. bekend (gegevens beschikbaar eind 1988).
- Cliëntregistratie AMW van de JOINT (vanaf 1983). Het type hulpverlening en de problematiek wordt per cliëntsysteem vastgelegd. De leeftijd, burgerlijke staat, bron van inkomsten en de primaire leefsituatie zijn bekend. Ook wordt het initiatief tot het contact vastgelegd en de eventuele verwijzing. De JOINT gegevens zijn moeilijk toegankelijk.

Referentiescenario's op het terrein van de thuiszorg zouden uit de volgende onderdelen kunnen bestaan:

- Vaststellen van de vraag naar thuiszorg, mede op basis van onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd. Deze zorgvraag zal gedifferentieerd moeten zijn naar verschillende typen van zorg, zoals probleemdefiniëring (diagnosestelling), behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding. Er zouden bovendien een aantal categorieën van patiënten (bijvoorbeeld chronische patiënten) geselecteerd moeten worden, waarbij substitutiemogelijkheden tussen eerste- en tweedelijns mogelijk zijn.
- Inschatten van autonome ontwikkelingen welke van invloed zijn op zorgbehoefte.
 - vergrijzing;
 - ontwikkeling aantal alleenstaanden;
 - ontwikkeling van een aantal morbiditeitscategorieën.

Voor het inschatten van deze ontwikkelingen kan goed worden aangesloten bij andere scenariostudies (ouderen, kanker, hart- en vaatziekten, arbeid en gezondheid).

- Vaststellen van het aanbod aan thuiszorg met autonome trends, op basis van beroepskrachten registraties (onder andere NIVEL).

In de trendscenario's wordt ervan uitgegaan, dat er geen belangrijke veranderingen optreden die de trend kunnen doorkruisen.

Aangezien algemeen wordt aangenomen dat er belangrijke reducties zullen plaatsvinden in het aantal ziekenhuisbedden en mogelijk ook in het aantal plaatsen in verzorgingstehuizen, ligt het voor de hand een aantal alternatieve trends te berekenen waarin het aantal ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden en plaatsen in verzorgingstehuizen worden gevariëerd.

Ontwikkelingen in het aantal verzorgings- en verpleegbedden worden in sterke mate bepaald door het beleid. Aangezien het beleid ook weer gedeeltelijk afhankelijk is van de economische toestand en 's-rijks schatkist dienen de door te rekenen alternatieven tot stand te komen na overleg met beleidsvoerders. De financiële kant van de scenario's vormt een beleidsmatig belangrijk onderdeel van de berekeningen. In hoeverre een deel van de berekeningen betreffende de intramurale kant binnen het scenarioproject "Het ziekenhuis in de 21^e eeuw" kan worden uitgevoerd, is momenteel niet duidelijk. In de rapportage over het vooronderzoek wordt daarover geen uitsluitel gegeven.

De bovenbeschreven mogelijkheden van een verminderd beddenaanbod hebben behalve een invloed op het benodigde volume aan thuiszorg ook andere consequenties. Ze zijn in de vorige paragrafen beschreven. Het is de moeite waard op het terrein van de thuiszorg ook een aantal **strategiescenario's** te ontwerpen welke dan kunnen worden doorge-rekend voor een aantal varianten op het vlak van het intramurale beddenaanbod.

Het lijkt ons mogelijk een drietal globale strategieën op hun consequenties te bekijken. Een preciese invulling van de strategieën zou in overleg met de te vormen scenario-commissie tijdens het hoofdonderzoek kunnen plaatsvinden. Per 'strategie' worden door ons enkele voorbeelden genoemd die om bepaalde redenen wenselijk of mogelijk worden geacht of die reeds in het buitenland gerealiseerd zijn. Ook

in Nederland zijn reeds initiatieven te vinden van bijvoorbeeld een betere coördinatie tussen wijkverpleging en gezinsverzorging (een gezamenlijke intake in Drenthe).

Het aantal voorbeelden dat werkelijk 'doorgerekend' zal worden zal beperkt moeten blijven.

1. Deprofessionalisering en ontmedicalisering van de thuiszorg:

In deze strategie wordt het professionele hulpverlenersapparaat gezien als ondersteuning en voorwaardenscheppend voor de zelfzorg en mantelzorg in de thuissituatie. Het aantal hulpverleners zou relatief klein kunnen zijn.

In deze visie wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en diens sociale netwerk benadrukt. De patiënt coördineert hier de eigen zorgverlening.

Zo'n scenario zou de volgende aspecten kunnen bevatten:

- Vroegtijdige opsporing van ziekten en adequate G.V.O., ook gericht op leefstijl.
- Organisatie en ondersteuning van sociale netwerken (hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan het met elkaar in contact brengen van alleenstaanden en één oudergezinnen, "social counseling").
- Adequaat alarmeringssysteem voor acute gezondheidsproblemen.
- Introductie van meer aangepaste hulpmiddelen en apparaten in de huishouding en voor ADL-functies.
- Aangepaste woningen.
- Zelf-diagnose en zelf-medicatie (electronische bloeddrukmeters e.d.).

2. Versterking van de professionele thuiszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg:

In dit scenario wordt de nadruk gelegd op efficiëntie verbeteringen, waarbij de thuiszorg zo veel als mogelijk binnen de eerstelijns wordt georganiseerd. Hierbij zijn een aantal opties:

- Het in één organisatie onderbrengen van de belangrijkste hulpverleners (vier kerndisciplines plus fysiotherapie).
Als mogelijke kenmerken van die organisatie noemen we bijvoorbeeld:
 - financiering uit één bron;
 - opname thuiszorg in ziekenfondspakket;
 - gegarandeerde bereikbaarheid, 7 x 24 uur;
 - adequaat management van de organisatie en van de hulpvraag via

- een 'zorgcoördinator';
- afstemming van patiëntenpopulaties van de verschillende hulpverleners.
- Het onderbrengen van een deel van de intramurale verpleging bij de eerstelijns;
- Het opnemen van verpleegunits (al of niet in bejaardenverzorgingstehuizen) in een regionaal of wijkbudget voor de eerstelijns;
- Integratie van intramurale en extramurale verpleging en verzorging;
- Consultatiefunctie vanuit de specialistische gezondheidszorg. Ook scenario zouden de gevolgen van een (gedeeltelijke) commercialisering van de thuiszorg bekeken kunnen worden;
- Aan de eerstelijnsorganisatie wordt een polikliniek verbonden. De daar werkende specialisten beschikken niet over ziekenhuisbedden.

3. Organisatie van de thuiszorg vanuit de tweedelijns:

In dit scenario wordt ervan uitgegaan dat ziekenhuizen minder bedden ter beschikking krijgen en uit efficiëntie-overwegingen de thuiszorg vanuit het ziekenhuis organiseren.

- Verpleeghuizen in de wijk opzetten met hiërarchisch systeem van verpleegunits. Op de bovenste verdieping komt in deze visie een verpleegafdeling voor intensieve verpleging. Onderaan (lieftst ook op de begane grond) een afdeling voor ambulante patiënten. Vanuit deze afdeling kunnen patiënten weer terugstromen naar eigen (aangepaste) huisvesting in de wijk.
- Verpleging en verzorging van ontslagen ziekenhuispatiënten, verpleeghuispatiënten en chronische patiënten vindt plaats vanuit het verpleeghuis in de wijk. Via moderne communicatietechnieken (alarmsystemen, dan wel "tele-diagnose", "tele-therapie" en "tele-care") kan deze zorg zo efficiënt mogelijk verleend worden. Uiteraard kan deze zorg ook vanuit een algemeen ziekenhuis georganiseerd worden. Deze scenario-variant zou in samenwerking met het scenario-onderzoek "Het ziekenhuis in de 21^e eeuw" kunnen worden ontwikkeld.

Opgemerkt moet worden dat de hier als voorbeelden genoemde scenario's veelal niet met kwantitatieve gegevens kunnen worden doorgerekend. Voor een inschatting van de gevolgen voor de vraag naar zorg of de efficiëntie zal gebruik gemaakt moeten worden van "expert opinions". Ontwikkelingen in landen waar nu reeds een hoger percentage bejaarden aanwezig is, kunnen mogelijk aanwijzingen opleveren

voor de te verwachten gevolgen van vergrijzing voor de zorgverlening.

3. DE RELATIE TUSSEN DE EERSTE- EN TWEDELIJN

3.1 Inleiding

De relatie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg is beleidsmatig zeer interessant omdat in de Nederlandse gezondheidszorg deze sectoren strikt van elkaar gescheiden zijn. Daarbij komt dat de kostenstijging van de gezondheidszorg vooral wordt gevonden in de tweedelijnsgezondheidszorg (Financiële Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, Ministerie van WVC).

Het beleid is er al enige tijd op gericht die kostenstijging tot staan te brengen door de (goedkopere) eerstelijnsgezondheidszorg te versterken en de groei van de tweedelijns te beperken (o.a. Nota "Volksgezondheid bij beperkte middelen", 1983). De patiëntenstromen tussen de eerste- en tweedelijns vormen daarin een belangrijk criterium voor de evaluatie van dit beleidsstreven.

Aangezien de toegang tot de tweedelijnsgezondheidszorg via een verwijzing door de huisarts geschiedt, is er vooral belangstelling voor de verwijscijfers.

Evenals in hoofdstuk 2, is in paragraaf 3.2 vooral gebruik gemaakt van literatuur, in paragraaf 3.3 vooral van de interviews met deskundigen. Een overzicht van het onderzoek op dit terrein is te vinden in de Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns (NIVEL, 1985).

3.2 Korte schets van het veld

De eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg verschillen van elkaar op een aantal punten. De beide sectoren wijken van elkaar af m.b.t.:

1. Het uitgangspunt bij het handelen jegens de hulpvrager;
2. De organisatie van de voorzieningen;
3. De gebruikte hulpmiddelen.

De ELGZ omvat de zorg voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt in zijn leefmilieu. Er wordt gestreefd naar een integrale aanpak van de problematiek en er wordt cliëntgericht gewerkt. Staatssecretaris Veder-Smit formuleerde in 1980 als doel van de ELGZ "het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen...in hun thuissituatie". De tweedelijns bestaat uit voorzieningen met een

residentieël en specialistisch karakter. De patiënt wordt opgenomen in een instelling en omringd door een sterk professioneel apparaat van medici en verpleegkundigen. Dit geldt ipso facto ook voor de RIAGG-en en psychiatrische ziekenhuizen.

Waar de patiënt in de eerstelijns geconfronteerd wordt met autonoom werkende beroepsbeoefenaren en instellingen, wordt in de tweedelijns de zorg vanuit institutionele kaders als één geheel aangeboden.

De specialist in de tweedelijnsgezondheidszorg maakt bij diagnose en behandeling gebruik van geavanceerde hulpmiddelen, terwijl de hulpverleners in de eerstelijns eenvoudiger technische hulpmiddelen gebruiken ter ondersteuning van hun integrale benadering. Tegenover de begeleiding en hulpverlening bij psychosociale klachten door huisarts en maatschappelijk werker staat de psychotherapie bij de AGGZ in de tweedelijns.

Wanneer we de relatie tussen eerste- en tweedelijns niet op structureel niveau benaderen, maar beschrijven op het niveau van de hulpverlening, dan wordt die relatie overwegend bepaald door de overdracht van patiënten tussen de beide echelons.

Dat zijn verwijzingen van huisartsen naar specialisten, al of niet gepaard gaand met een opname, de terugverwijzing van de specialist naar de huisarts en het ontslaan van patiënten uit de tweedelijns met aansluitende verpleging, verzorging en behandeling in de eerstelijns. Een ander aspect van de relatie betreft de samenwerking tussen de echelons.

Het **verwijzen** van huisarts naar specialist staat reeds geruime tijd in de belangstelling van beleidsmakers en onderzoekers, niet in de laatste plaats komt dat door de strikte scheidingen tussen het eerste en het tweede echelon met de huisarts als poortwachter voor de tweedelijns. Het belangrijkste gegeven in deze materie is het ziekenfonds verwijscijfer; dat is het aantal uitgeschreven verwijskaarten per 1000 ziekenfondspatiënten. In dit gegeven blijkt een zeer aanzienlijke variatie tussen de huisartsen aanwezig. Deze variatie in het globale verwijscijfer wordt voor ongeveer één derde verklaard door zogenaamde structurele variabelen en de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie. In de macrorekenmodellen die voor het verwijscijfer zijn opgesteld blijken de afstand tot een ziekenhuis, de urbanisatiegraad, het specialistenaanbod, de leeftijdsopbouw en de regio de belangrijkste variabelen te zijn. In deze modellen is de leeftijdsopbouw als indicator voor de gezondheidstoestand van de bevolking opgenomen (onder andere Van der Gaag, 1978; Posthuma en Van der Zee, 1978).

In onderzoek verricht door Dopheide (1982) wordt gevonden dat huisartsen die meer taken verrichten op het terrein van de kleine chirurgie lagere verwijscijfers hebben. Wijkel (1986) toont verder aan dat huisartsen in gezondheidscentra lagere verwijscijfers hebben dan solo-artsen. Krol (1986) vermeldt dat een zeer aanzienlijk deel van de verwijzingen naar de kinderarts plaats vinden op initiatief van de ouders van de patiënt, vaak zonder dat de huisarts daartoe de medische noodzaak ziet. Deze onderzoeken geven aan, dat het verwijzen mede afhankelijk is van een aantal factoren die buiten de aanwezige ziekte liggen. Algemeen wordt op basis van de enorme variatie verondersteld dat veranderingen in het verwijspatroon bereikbaar zijn wanneer de situatie bij de huisarts wordt aangepast. Veranderingen in het honoreringssysteem staan momenteel sterk in de belangstelling. Nuyens (1987) toonde in Tilburg aan dat het verwijscijfer van huisartsen die meededen aan een experiment met een 'bonus-malus' systeem aanzienlijk lager dan gemiddeld was. Een aantal ziekenfondsen voert momenteel experimenten uit met een gedifferentieerd abonnement systeem. Het onderzoek op het terrein van de ziekenfondsverwijscijfers kent zijn beperkingen. In de eerste plaats is het globale cijfer samengesteld uit actieve verwijzingen en om administratieve redenen uitgeschreven verwijskaarten. In de tweede plaats blijven de particuliere patiënten buiten beeld en in de derde plaats zijn via het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) geen verwijsggegevens per leeftijds-geslachts-categorie te verkrijgen. Ook voor de **opnames** zijn macro-rekenmodellen opgesteld. De invloed van de huisarts is hier minder groot dan van de specialist. Belangrijkste verklarende factor is hier het verwijscijfer, maar leeftijd en het beddenaanbod spelen hier ook een grote rol. Ook naar de invloed van het financieringssysteem op het aantal opnamen is onderzoek gedaan (Groenewegen en Van der Zee, 1985). Naar de **terugverwijzingen** van specialist naar huisarts is minder kwantitatief onderzoek gedaan; dat gaat overigens ook niet via een verwijskaart. De kwaliteit van de communicatie tussen huisarts en specialist is wel onderzocht. Meyboom en Casparie, (1980) schetsen een weinig bemoedigend beeld van de berichtgeving aan de huisarts na ontslag uit het ziekenhuis. Snelle berichtgeving bleek inhoudelijk nog de beste. De attitude van specialisten bepaalt volgens de auteurs vooral de kwaliteit van de berichtgeving. Over het aantal ontslagen patiënten dat **nazorg** nodig heeft zijn weinig empirische gegevens voorhanden. Een onderzoek in de regio Arnhem leverde als resultaat op dat in één week 15% van de ontslagen patiënten voor nazorg in aanmerking kwam (Drijver, Van der Esch en Kok, 1982).

In een Nijmeegs onderzoek (Emanuel-Vink en Van der Kaaij, 1980) werd geconstateerd dat voor een drietal specialismen met relatief veel chronische patiënten volgens de ziekenhuisartsen het ontslag te laat plaats vond. Als belangrijkste oorzaken daarvoor werden het ontbreken van een plaats in het verpleeghuis, en het feit dat de familie de patiënt niet kon ontvangen, genoemd.

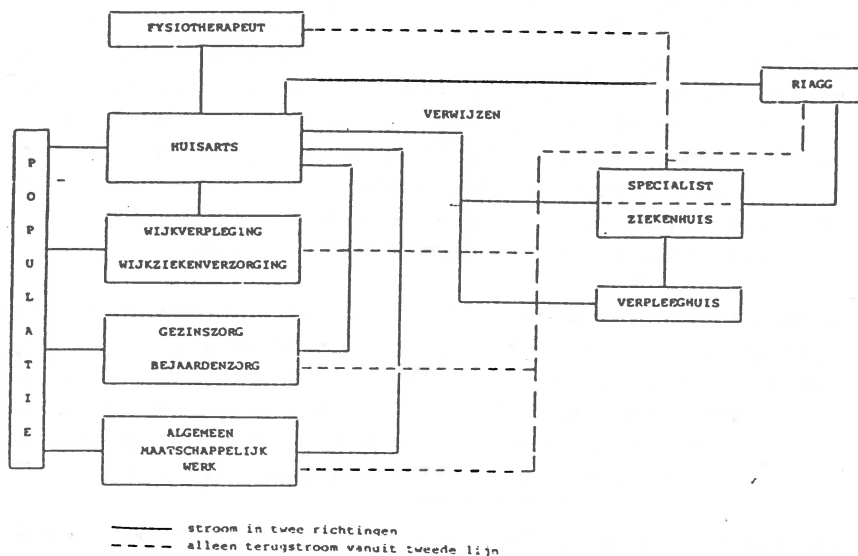
Mogelijkheden voor substitutie lijken daarom wel aanwezig, al concludeert Drogendijk (1981) op basis van literatuuronderzoek dat er vrijwel geen sprake is van een substitutie-effect verpleegkundige nazorg/verpleegduur. Deze auteur concludeert verder dat:

- Structurering van de verpleegkundige nazorg betekent meer en betere nazorg aan een groter aantal ontslagen ziekenhuispatiënten;
- Verkorting van de gemiddelde verpleegduur heeft slechts geringe consequenties voor de wijkverpleegkundige zorg.

Omdat huisartsen en specialisten in strikt gescheiden echelons werkzaam zijn, blijkt het moeilijk goede **samenwerkingsprojecten** van de grond te krijgen. In een met veel enthousiasme gestart samenwerkingsproject in Hoogeveen, bleek deze samenwerking uiteindelijk stuk te lopen op de onderlinge taakafbakening. Huisartsen claimen meer taken dan specialisten als redelijk ervaren (Swinkels, 1982). In datzelfde Hoogeveen bleek overigens wel dat een groep in staat is veranderingen in verwijs- en opnamepatronen te bewerkstelligen. Zoals gezegd vervult de huisarts een zeeffunctie in de patiëntenstroom van eerste- naar tweedelij. Wanneer een fysiotherapeut, danwel een maatschappelijk werker, een wijkverpleegkundige, of een andere hulpverlener, zoals een consultatiebureau-arts een verwijzing naar de tweedelij noodzakelijk vindt, dient dat via de huisarts te gebeuren.

De patiëntenstromen van de tweede naar de eerstelij verlopen niet noodzakelijk via de huisarts. Het ziekenhuis (of verpleeghuis) kan met vrijwel alle hulpverleners in de eerstelij directe relaties hebben en patiënten "(terug)verwijzen". In het volgende schema zijn deze patiëntenstromen weergegeven.

Tabel 3.1.: Schematisch overzicht van patiëntenstromen relatie eerste- en tweedelij



3.3 Ontwikkelingen

Voor de inzichten in deze paragraaf is enerzijds gebruik gemaakt van de beschikbare literatuur (bijvoorbeeld: "Herverkaveling in de gezondheidszorg", Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1985) en anderzijds de interviews met deskundigen.

Het traditionele beeld van de huisarts is een hulpverlener met een sterke vertrouwensrelatie met zijn patiënten, goed bekend met de situatie thuis, bij zijn cliënten. De huisarts is een generalist die te allen tijde bereikbaar is voor alle problematiek van de patiënten in de praktijk. Hij/zij coördineert de zorgverlening van de hulpverleners in de eerstelijns en de tweedelijns. Een verwijzing naar de tweedelijns vindt eerst plaats als de mogelijkheden in de eerstelijns zijn uitgeput. Dit beeld van de huisarts staat onder druk.

Inhoudelijk

Een aantal van de geraadpleegde deskundigen meent dat de huisarts steeds meer van zijn terrein verliest aan de specialist. De geneeskunde ontwikkelt zich steeds verder en de aangeboden problematiek wordt complexer. Benadrukt wordt dat een huisartsopleiding van één jaar en het niet verplicht zijn van nascholing de huisarts in verhouding tot de specialist een lagere kwalificatie geeft. De indruk bestaat dat de huisarts belangrijke taken laat liggen op het vlak van de diagnosestelling, EHBO en kleine chirurgie. Met name in de steden gaan patiënten voor de behandeling van kleine ongevallen direct naar de polikliniek. Dat betekent dat er veel poliklinisch gebeurt wat evengoed door de huisarts gedaan zou kunnen worden.

Ondanks een overheidsbeleid dat er sinds 1974 op gericht is om verschuivingen tot stand te brengen van residentiële naar thuiszorg en ambulante zorg, lijkt nog geen sprake van een substantiële substitutie. Sedert midden jaren '70 is wel sprake van een afvlakking van de groei van de verwijzingen en dit ondanks de toename van het aantal specialisten en de voortschrijdende vergrijzing (Van der Zee, 1985).

Een andere verandering die wordt voorzien is de grotere nadruk en controle op kwaliteit.

Dat zou kunnen gebeuren door een uitbreiding van de huisartsenopleiding, verbetering van na- en bijscholing en wat betreft de controle door bijvoorbeeld ziektekostenverzekeraars meer bevoegdheden te geven bij het aangaan en ontbinden van medewerkerscontracten.

Met betrekking tot de uit te voeren taken zijn de geraadpleegde deskundigen het niet met elkaar eens. Sommigen leggen de nadruk op een verbetering en versterking van somatische hulpverlening (met name chronische patiënten) anderen zien in de begeleiding van patiënten thuis (b.v. terminale patiënten) het zwaartepunt in de komende jaren.

Organisatorisch

Wat de organisatie betreft verschillen de eerste- en tweedelijns zeer sterk van elkaar. Is het ziekenhuis een organisatorische eenheid met een in verhouding adequaat management en ondersteuning, de eerste lijn bestaat organisatorisch gesproken niet. Uitzondering vormen sommige van de wijkgezondheidscentra en goed georganiseerde huisartspraktijken op het platteland.

In de eerstelijns is management vrijwel afwezig en zijn ook de praktijkpopulaties van de verschillende hulpverleners (met name in ste-

delijke gebieden) niet op elkaar afgestemd.

Als zéér wenselijke verandering wordt de verbetering van de organisatie en het management binnen de eerstelijns gezien (zie het hoofdstuk thuiszorg).

Financiering

Algemeen wordt geconstateerd dat het huidige verschil in de wijzen van honorering van huisarts en specialist gewijzigd zou moeten worden. Het abonnementshonorarium van huisartsen en het verrichtingen-honorarium van specialisten stimuleren verwijzingen naar de specialist.

De mogelijkheid tot bezuinigen op de somatische gezondheidszorg wordt door velen betwijfeld, gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking. Wat de kosten betreft, heeft het Sociaal Cultureel Planbureau echter berekend, dat maar één tiende van de kostenstijging van de somatische gezondheidszorg in de periode 1970-1981 op het conto van de demografische ontwikkelingen geschreven kan worden. De rest is een gevolg van onder meer: nieuwe apparatuur, nieuwbouw en meer beroepskrachten zoals specialisten, fysiotherapeuten, wijkverpleging etc.

Door vrijwel alle geraadpleegde experts wordt een verandering in het honoreringsstelsel voorzien. Ofwel worden huisartsen en specialisten op dezelfde wijze gehonoreerd (via abonnement of per verrichting) ofwel de huisartshonorering wordt gedifferentieerd naar de taken die een huisarts verricht (extra honorering voor EHBO, kleine chirurgie en dergelijke). Bij deze tweede mogelijkheid kan dan ook het volgen van na- en bijscholing worden betrokken.

3.4. Modellen bij de relatie tussen eerste- en tweedelijns

Verklaringsmodellen op het terrein van verwijzen en opnemen zijn aanwezig en uitgetest zoals we in paragraaf 3.2 zagen.

Nieuwe informatie, waarbij een complex verwijzingsmodel op patiëntniveau kan worden getest, komt binnenkort beschikbaar via de Nationale Studie naar morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk welke bij het NIVEL wordt uitgevoerd.

3.5. Bronnen van gegevens

Gegevens over de vraag naar zorg, dat wil zeggen het gebruik van de voorzieningen zijn aanwezig. De vraag en toekomstige ontwikkelingen daarin komen aan de orde in het referentie- of trendskenario. Over basisgegevens ten behoeve van de strategieskenario's moeten we minder optimistisch zijn. Dit spreekt overigens vanzelf omdat in Nederland de in de strategieskenario's geschetste positie van de aanbieders van zorg, zoals wij die in de toekomst voor mogelijk houden, nu niet aan de orde is (zie ook verder).

De mate waarin wij over de gegevens van de consumptie van de (gezondheids-)zorgvoorzieningen kunnen beschikken, verschilt van bron tot bron.

De gegevensbestanden van de Gezondheidsenquête en de Leefsituatieonderzoeken moeten gekocht worden. Wij willen de STG hier erop wijzen dat ook het NIPG-TNO gebruik wil maken van de CBS-onderzoeken. Omdat de aanschaf duur is, is het aan te bevelen dat de Stuurgroep zelf de databestanden verwerft in plaats van dat de onderzoekers dit afzonderlijk doen.

Gegevens over patiëntenstromen van eerste- naar tweedelij zijn voor ziekenfondspatiënten voor een aantal jaren in bewerkte vorm aanwezig bij het NIVEL. De Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen dient wel voor het gebruik van deze gegevens haar expliciete toestemming te geven.

Onderstaand zal nader aangegeven worden welke gegevensbronnen te gebruiken zijn voor het referentieskenario (ontwikkelingen in de zorgbehoefte en zorgvraag) en de strategieskenario's (ontwikkelingen in de organisatie van het zorgaanbod).

Ten behoeve van het referentieskenario zijn de volgende bronnen van gegevens van belang:

- het LISZ-registratiesysteem (vanaf 1974; gegevens over onder andere verwijzingen, opnemingen, duur opname naar specialismen);
- ziekenfondsbestanden van enkele ziekenfondsen (verwijzingen en opnemingen naar leeftijd- en geslachts categorieën naar specialismen);
- het monitoring-project Rotterdam/Maastricht (1979-'81, percentage verwijzingen en acute opnamen per diagnose categorie;
- de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie, vanaf 1967, verwijzingen van de geobserveerde nieuwe problemen;

- de Nationale Studie naar morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987-88, Nivel, klachten en diagnose, onderliggende ziekte en verwijzing, alle af te zetten tegen leeftijd-, geslacht-categorieën);
- in de Gezondheidsenquête (vanaf 1981) zijn vragen opgenomen over (herhaal-)contacten met specialisten (verwijzing maar ook eerste hulp): hoeveel contacten en voor welke klacht, ziekte of aandoening;
- Aantallen specialisten en bedden (NZI).

3.6. Scenario's relatie eerste- en tweedelij

De hier genoemde mogelijke scenario's sluiten aan bij de scenario's geformuleerd in het vorige hoofdstuk betreffende thuiszorg. Met name het referentie-scenario betreffende verwijzingen kan samengevoegd worden met het referentie scenario 'vraag naar thuiszorg'.

1. Referentiescenario's:

De toekomstige situatie is een min of meer autonome voortzetting van de patronen in het heden. Er zullen zich geen onverwachte ontwikkelingen voordoen.

Dit scenario kan onderbouwd worden door verschillende registratiebronnen, die ook trendberekeningen in de verwijzingen en het aantal verpleegdagen mogelijk maken.

Deze trendberekeningen zullen vooral gebaseerd zijn op veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking.

Invloeden van reeds in gang gezette of voorgestelde veranderingen in het aanbod aan ziekenhuisbedden kunnen wellicht opgenomen worden in scenario's.

Zaak is hier uit te gaan van groei en krimp van het aanbod van de intramurale voorzieningen (vergelijk scenario "ouder worden in de toekomst"). Deze varianten dienen in het hoofdonderzoek nader te worden uitgewerkt.

Tijdens het vooronderzoek is ook een aantal mogelijke "strategie-scenario's" naar voren gekomen, die globaal zijn te onderscheiden in: 1. De tweedelij neemt taken van de eerstelij over, 2. de eerstelij neemt taken van de tweedelij over en 3. taken worden niet overgenomen, maar de beide lijnen vullen elkaar aan. Het meest beleidsmatig interessant is waarschijnlijk de tweede variant.

2. De tweedelij n versterkt zich en kan functies in de eerstelij n daadwerkelijk overnemen:

Dit kunnen functies zijn op één of meerdere van de volgende gebieden: preventie, diagnostiek, curatie en verpleging/nazorg.

In de interviews met deskundigen zijn voorbeelden genoemd op welke onderdelen van het bovengenoemde gebied dit mogelijk is. Als mogelijkheden zijn bijvoorbeeld genoemd:

- Het stichten van (buiten) poliklinieken in kleinere plaatsen en wijken;
- Ontwikkeling van diagnose en behandeling bij de patiënt thuis via elektronische middelen ("tele-diagnose" e.d., zie scenario studie "Ziekenhuis in de 21^e eeuw" en "Home Care Technology");
- De RIAGG's zijn 7 x 24 uur bereikbaar en organiseren wijkteams.

Voor de mate waarin verschuivingen tussen eerste- en tweedelij n plaatsvinden zijn schattingen nodig. Hier kan aansluiting gezocht worden met het scenarioproject "Ziekenhuis in de 21^e eeuw".

3. De eerstelij n organiseert zich goed en verwerft meer kwalificaties:

De eerstelij n maakt meer gebruik van de mogelijkheden in de ziekenhuizen/poliklinieken, houdt meer zicht op de cliënt in de tweedelij n, organiseert de hele (na-)zorg aan onder meer de chronische zieken en invaliderende ouderen.

De specialist treedt meer op als consultatiegever in een ondersteunende rol.

Genoemd werden onder andere:

- Uitbreiding van mogelijkheden voor 'kleine chirurgie' in de huisartspraktijk.
- Een betere organisatie van de EHBO, bijvoorbeeld door een permanent bezette post in de wijk, is één van de mogelijkheden om deze functie in de eerstelij n uit te oefenen.
- De huisarts werkt m.b.t. de psycho-sociale dienstverlening samen met het AMW en verwijst in eerste instantie naar deze functie.

4. Samenwerking tussen eerste- en tweedelij n:

In dit scenario wordt van het principe uitgegaan dat het er niet toe doet of een patiënt in de eerste- of tweedelij n wordt behandeld, maar dat de zorgverlening efficiënt wordt verleend.

In deze visie is het belangrijk de meest doelmatige en efficiënte

organisatie van de voorzieningen rond individuele patiënten of rond ziektecategorieën te creëren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren met behulp van protocollen.

Wanneer de eerste- en tweedelij n niet meer strikt gescheiden, maar gezamenlijk optreden, zou men in deze visie niet behoeven te vrezen dat patiënten na verwijzing in de tweedelij n blijven hangen of juist bij nood thuis aan hun lot worden overgelaten. Concrete invullingen zijn bijvoorbeeld:

- Huisarts krijgt de beschikking over een aantal ziekenhuisbedden;
- Specialist doet gezamenlijk met de huisarts consulten met specifieke groepen patiënten;
- Specialist kan bij de (bedlegerige) patiënt thuis worden geroepen voor consult aan huis;
- Het RIAGG consulteert de huisarts bij onduidelijke, psychische aandoeningen.

Voor elk van de drie strategiescenario's geldt, dat de invulling slechts voorbeelden betreft die tijdens het hoofdonderzoek kunnen worden aanvaard en doorgerekend of vervangen door andere alternatieven.

4. RELATIE ELGZ - GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN BASISGEZONDHEIDSZORG

4.1 De relatie ELGZ - Geestelijke gezondheidszorg

Inleiding:

Wij hebben met betrekking tot deze relatie vooral te maken met psycho-sociale hulpverlening die een belangrijke dimensie vormt van de eerstelijnszorg. Somatische aandoeningen hangen veelal samen met psycho-sociale problemen. Ook op zichzelf staande psychische en sociale problemen vormen een reden om de huisarts te bezoeken en in vertrouwen te nemen. Chronische ziekten en invalidering bij onder andere ouderen, die thuis wonen, brengen psycho-sociale problemen met zich mee. Hiermee worden wijkverpleging en gezinsverzorging geconfronteerd.

Terreinverkenning

Psycho-sociale problematiek vormt een integraal onderdeel van de hulpvraag binnen de ELGZ. Onderzoek op dit terrein wijst uit dat bijna 20% van de hulpvraag bij de huisarts bestaat uit op zichzelf staande geëxpliciteerde psycho-sociale problemen. In 43% is sprake van verweven en/of verholde psychosociale problematiek. Ook wijkverpleging en gezinszorg worden met vergelijkbare percentages van de hulpvraag geconfronteerd. Maatschappelijk werk heeft bij bijna de helft van de cliënten vooral psycho-sociale problematiek, de fysiotherapeut behandelt tenslotte ook in ongeveer 50% van de gevallen patiënten met bijkomende psycho-sociale problematiek.

Is de proportie van het aantal patiënten met een psychosociale hulpvraag aanzienlijk, ook besteedt de huisarts aan deze consulten gemiddeld meer tijd en beoordeelt de arts de klacht gemiddeld ook ernstiger dan somatische klachten (Bensing, 1984).

De huisarts fungeert evenals bij de somatische problematiek als sluiswachter voor de tweedelijnszorg, welke naast het RIAGG, poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen en vrij gevestigde psychiaters, ook de intramurale sector van psychiatrische ziekenhuizen en de zogenaamde PAAZ'en omvat.

Maatschappelijk werkers werkzaam in een gestructureerd samenwerkingsverband met huisartsen (zoals in een gezondheidscentrum) hebben veelal ook een verwijsbevoegdheid.

Verwijzen naar de GGZ doet de huisarts overigens weinig. Uit een on-

derzoek van Ormel en Giel (1983) blijkt, dat van iedere 1.000 inwoners van 15 jaar en ouder er 1 tot 260 psychische problematiek vertonen. Van de 155 die de huisarts als zodanig herkent worden er 26 à 27 naar de (totale) GGZ verwezen (8 à 10 naar de intramurale GGZ). Afgezet tegen het aantal verwijzingen naar de somatische specialisten zijn de verwijzingen naar de (A) GGZ met 3% van het totaal aantal verwijzingen van vrij weinig betekenis (Peters, 1984).

In het overheidsbeleid, zoals geformuleerd in de nota Geestelijke Gezondheidszorg, (1984) wordt er vanuitgegaan dat huisarts en maatschappelijk werker een gedeelte van het werk dat nu door de RIAGG's gedaan wordt kan overnemen. Daarnaast wordt als wenselijk geformuleerd dat de zelfzorg en mantelzorg een grotere rol gaan spelen. Van samenwerking tussen de ELGZ en de geestelijke gezondheidszorg kan bij huisartsen in ongeveer een kwart van alle huisartsen gesproken worden (schatting gebaseerd op NIVEL-onderzoek " Samenwerken en Verwijzen", Wijkkel, 1984).

Deze samenwerking bestaat uit vaste werkcontacten met GGZ-instellingen, waarbij de GGZ-hulpverlener veelal als consultatiegever optreedt.

De Ridder en Visser (1987) rapporteren op basis van een uitgebreid onderzoek dat 60% van de huisartsen wel eens overleg heeft met een hulpverlener binnen uitsluitend om verwezen patiënten.

Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat vrijwel alle maatschappelijk werkers contacten hebben met het RIAGG; er wordt bovendien overleg gepleegd over taakafbakening en dergelijke. Naar de mening van de huisartsen verwijst men liever naar het AMW of vrijgevestigde psycholoog dan naar het RIAGG, vooral vanwege de lange wachttijden en de ontoegankelijkheid van de organisatie. Contacten tussen wijkverpleging en GGZ zijn beperkt tot een aantal experimenten.

Te verwachten ontwikkelingen

Wat de vraag naar psychosociale zorg betreft, wordt door de geraadpleegde deskundigen een toename voorzien, die bij alle disciplines in de ELGZ tot uiting zal komen. De vergrijzing en de mogelijke toename van het aantal bejaarde alleenstaanden zal waarschijnlijk de behoefte aan psychogeriatrische deskundigheid vergroten.

De gewenste verschuiving van GGZ naar huisarts en maatschappelijk werk werd hiervoor reeds genoemd.

Vooraf met betrekking tot psychogeriatrische patiënten wordt de behoefte gevoeld de GGZ consultatief bij de ELGZ te betrekken, danwel

dat bijvoorbeeld de instellingen van kruiswerk of gezinsverzorging op 'districts-' niveau een functionaris ter begeleiding van de hulpverleners aanstellen.

Door een aantal deskundigen worden belangrijke veranderingen bij de RIAGGS's voorzien die ook voor de eerstelijns en vooral de maatschappelijk werker consequenties heeft. Zet het RIAGG bijvoorbeeld wijkteams op voor 24-uurs opvang van acute problematiek, dan zal de positie van het AMW minder belangrijk worden. Het is echter ook denkbaar dat de RIAGG uitelkaar valt. Een andere ontwikkeling die mogelijk wordt geacht, is de introductie van de psycholoog als hulpverlener in de eerstelijns. Op dit terrein zullen binnenkort experimenten uitgevoerd worden.

Gegevens:

Voor een kwantitatieve onderbouwing van scenario's op het gebied van de psycho-sociale dienstverlening in de eerstelijns zijn de volgende gegevensbronnen beschikbaar:

- Ontwikkelingen in de morbiditeit bij de bevolking zowel somatische als psycho-sociale, zijn te halen uit de Leefsituatie-onderzoeken en de Gezondheidsenquête.
- Ontwikkelingen in het gebruik van GGZ-voorzieningen zijn aanwezig bij het NCGV, die deze gegevens in scenario-onderzoek gebruikt. In die registraties is ook de verwijzer opgenomen.
- Voor de huisartsen: het monitoring project Rotterdam/Maastricht en éénmalige landelijke onderzoeken (o.a. van P. Verhaak, 1986).
- Voor het AMW: cliëntenregistratiesysteem van het Joint.
- Voor de wijkverpleging: éénmalig onderzoek bij peilstationinstellingen.
- Voor de gezinsverzorging: onderzoek Centrale Raad voor de Gezinsverzorging en het cliëntenonderzoek van het CBS (1980).

Scenario's.

Ondanks het gegeven dat op het terrein van de relatie ELGZ-GGZ belangrijke ontwikkelingen zijn te voorzien, en dit terrein wel degelijk relevant is, adviseren wij - althans voorlopig - van het formuleren van een scenario-project op dit terrein af te zien. Belangrijkste redenen zijn:

- Het scenario-project ELGZ zou met het opnemen van de relatie met de GGZ te omvangrijk worden.

- Het aantal verwijzingen tussen ELGZ en GGZ is relatief gering, veranderingen in de relatie ELGZ-GGZ zullen een voor de gezondheidszorg als geheel nauwelijks relevant effect hebben.
- De sectoren ELGZ en GGZ opereren vrijwel geheel gescheiden van elkaar.

4.2 De basisgezondheidszorg en de eerstelijns

Inleiding:

Bij voorbaat willen wij opmerken, dat scenario-voorstellen voor de relatie basisgezondheidszorg (BGZ) en eerstelijns hier niet verder worden uitgewerkt. Tussen de eerstelijns en basisgezondheidszorg bestaan weliswaar veel raakvlakken, maar de organisatie van de zorg vindt merendeels in volledig gescheide circuits plaats. Wij hebben verder geen aanwijzingen gekregen dat op dit terrein de komende 15 jaar belangrijke ontwikkelingen te verwachten zijn.

Daarmee is niet gesteld, dat de basisgezondheidszorg niet erg relevant is. De Nota 2000 verwacht de grootste winst, in termen van gezondheid en financieel, te halen uit meer aandacht voor preventie.

Terrainverkenning

De basisgezondheidszorg houdt zich vooral bezig met de zorg voor de niet-zieke mens. Een uitzondering vormen de activiteiten rond geslachtsziekten, drugsverslaving, Aids en Tbc.

De BGZ vormt de nuldelijn van de gezondheidszorg. De belangrijkste functies zijn de preventie en de gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Onder de BGZ vallen onder andere de bedrijfsgezondheidszorg, de zuigelingen- en jeugdgezondheidszorg en de schoolartsenzorg, evenals de zorg voor de milieuhygiëne en verzameling van epidemiologische gegevens. De Basisgezondheidsdienst vervult een groot aantal taken, die gedeeltelijk buiten de basisgezondheidszorg vallen (rampenbestrijding, sociaal-medische zorg, advisering bij verordeningen enzovoort). Het Kruiswerk neemt ook een deel van de basisgezondheidszorg voor zijn rekening, in casu de zuigelingen- en kleuterzorg. De huisarts heeft sinds kort de screening op cervix carcinoom in zijn takenpakket.

Het netwerk van basisgezondheidsdiensten omvat momenteel het hele land. De meeste inbreng bij de ELGZ kan de BGD leveren in de grote steden. Zo neemt de GG-GD in Rotterdam actief deel aan de integratie van de eerstelijns.

De relatie tussen de basisgezondheidsartsen en huisartsen wordt gekenmerkt door afstandelijkheid. De BG-artsen vrezen terreinverlies aan de huisartsen. Het werkgebied wordt daarom afgeschermd. Overigens hebben de BGZ en de huisarts een geheel verschillende invalshoek van het handelen. Waar de BGZ gericht is op de collectiviteit of groepen daaruit, is de huisarts individu-gericht. Daardoor ontbreekt tussen de nulde- en eerstelijns een verenigend principe. De bedrijfsgeneeskundige is bekend met risicofactoren in een bedrijf maar de huisarts - niet bekend daarmee - krijgt de werknemer op het spreekuur.

Verder zijn er taken, die de huisarts moeilijk van de BGZ over kan nemen. Een voorbeeld is de primaire preventie. Collectief kunnen heel goed anti-*smoking* campagnes gevoerd worden, maar een huisarts kan zijn kettingrokende cliënt niet telkens aanmanen ermee te stoppen zonder het risico te lopen hem als patiënt kwijt te raken.

Verwachte ontwikkelingen

Hierboven werd reeds gezegd dat in de gezondheidszorg meer aandacht aan preventie gegeven moet worden. De huisarts zou in die visie de systematische screening van de eigen praktijkpopulatie kunnen doen. Door de praktijkverkleining zou daarvoor ruimte ontstaan.

Tegen het onderbrengen van de secundaire preventie (o.a. screening op baarmoederhalskanker) bij de huisartsen bestaan echter bedenkingen. De praktijkorganisatie van veel huisartsen zou er niet op ingericht zijn. Er bestaan grote verschillen tussen huisartsen met betrekking tot taakopvatting en taakuitoefening. Binnen de beroepsgroep wordt gediscussieerd over de wenselijkheid van screening; de negatieve effecten zoals problematiek rond 'fout positieven' en 'sommatische fixatie' spelen daarbij een rol. Een systematisch landelijke onderzoek is moeilijk te realiseren. Van de andere kant is de huisarts door zijn relatie met de praktijkpopulatie beter in staat om het screeningonderzoek in de dagelijkse routine mee te nemen. Dit zou goedkoper zijn dan via dure instanties en programma's. De belasting voor de patiënt is geringer en angstreacties, die door een oproep voor onderzoek dreigen te ontstaan, kunnen wellicht vermeden worden. Over de ontwikkelingen op dit terrein bestaat dus geen consensus.

Enkele geïnterviewde deskundigen verwachten integratie van BGZ-functies in de eerstelijns. De basisgezondheidsdiensten kunnen, vooral in de grote steden, een rol spelen bij advisering van de lokale over-

heid en mede gestalte geven aan een organisatie van de eerstelijnszorg, al of niet wijkgewijs opgezet en ten behoeve van specifieke bevolkingsgroepen, zoals de ouderen. Een voorbeeld in deze is de rol van de GG-GD van Rotterdam.

Andere mogelijke ontwikkelingen zijn:

- De wijkverpleegkundige zou preventietaken kunnen doen. Er zouden dan wel verschillende opgeleide funktionarissen moeten komen, de een met verpleegkundige taken ('health nurse') en de ander met preventieve taken ('health visitor'). De scheiding tussen zuigelingen- en kleuterzorg en jeugdzorg (eerste ondergebracht bij kruiswerk, de tweede bij de BGD) zou opgeheven kunnen worden.
- De verzameling van epidemiologische gegevens zou in de eerstelijnszorg kunnen plaatsvinden. De eerstelijnszorgers zouden dan wel beter geschoold moeten worden op epidemiologisch gebied.

Gegevens t.b.v. scenario-onderzoek: Er bestaan overwegend gegevens op het gebied van de secundaire preventie. Primaire preventie en GVO zijn niet goed in kaart gebracht, terwijl tertiaire preventie een moeilijk meetbaar begrip is.

Scenario's

Omdat de komende 15 à 20 jaar geen belangrijke ontwikkelingen in de relatie ELGZ-Basisgezondheidszorg te verwachten zijn, adviseren wij momenteel geen scenario-studie op dit terrein te starten.

Wanneer er perspectief ontstaat op een mogelijke integratie van beide sectoren op inhoudelijk of organisatorisch terrein komen de zaken echter anders te liggen.

LITERATUUR

Gezondheidszorg algemeen

ADVIESCOMMISSIE BEHOEFTEBEPALING ARSTEN. Eerste advies van de Adviescommissie behoeftenbepaling artsen. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983

ADVIESCOMMISSIE BEHOEFTEBEPALING ARTSEN. Tweede advies van de Adviescommissie behoeftenbepaling artsen. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, z.j.

BIESTA, M.H., A.D. HOUTZAGER. Structuur van de Nederlandse Gezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1982

COMMISSIE STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage, 1987

GROOT, H. DE, C.A. DE KAM, E.J. POMMER, F.P. VAN TULDER. Demografie en collectieve uitgaven 19-2030. Economisch Statistische Berichten, 4-4-1984, p 324-30

HARMONISATIE RAAD WELZIJNSBELEID. Grenzen van de Gezondheidszorg: enkele sleutelvraagstukken van een toekomstgericht zorgbeleid. 's-Gravenhage, 1983

JOLING, W. Overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965-1985. In de eerstelijns onderzocht, onder redactie van WGW. Boerma en L. Hingstman. Deventer, van Loghum Slaterus.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Structuurnota Gezinszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota beleidsvoornemens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Tweede kamer zitting 15-16, 14044, nr.1

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Nota betreffende het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage: Tweede kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19.500, nrs. 1-2
- OECD. Measuring health care 1960-1983: expenditure, costs and performance. Paris: OECD, 1985
- RUFFEL, M.W. (ed). Comparative Health Systems: descriptive analysis of fourteen national health systems. The Pennsylvania State University Press, University Park, Londen, 1984
- RUTTEN, F.F.H.. The use of health care facilities in the Netherlands: an econometric analysis. Leiden: Rijksuniversiteit, Centrum voor onderzoek van de economie van de publieke sector, 1978, Proefschrift
- SCHRAMEIJER F., J.M. BOOT, E. JURG, H. SAAN, C. TONNAER, J. VAN DER VELDEN. De Nota 2000 ter discussie. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, Reeks Gezondheidsbeleid - deel 2, 1987
- SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU. Sociaal-cultureel rapport 1980 en 1984. 's-Gravenhage, 1981, 1985
- SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU, CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. Voorburg, Rijkswijk: CBS/SCP, 1982
- SWINKELS, H.. Gezondheidsenquêtes: trends in de medische consumptie, 1974-1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1986/2

ELGZ en thuiszorg

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Cliëntenonderzoek gezinsverzorging 1980. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1981
- DIJKHUIS, K. Bibliografie: de fysiotherapeut, 1, 1987, nr.11. Utrecht: NIVEL, 1987
- HAMERS, R.T.J., T.J.J.M.T. KERSTEN. De eerstelijns in Midden-Limburg. Utrecht: NIVEL, 1987
- HAM, K. VAN DER, J. POSTHUMA. Eindrapport marktonderzoek hulpvraag gezinsverzorging. 1981
- HATTINGA-VERSCHURE, J.C.M.. Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten. Utrecht: Faculteit der Geneeskunde, R.U.U., 1984
- HINGSTMAN, L, H. BOON. De eerstelijns in kaart gebracht. Utrecht: NIVEL, 1986
- HINGSTMAN, L, H. BOON. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- KNAPEN, M.H.J.M., W.C.M. SCHEFFER, J.M. HUTJES. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg: een onderzoek naar hulpbehoefte en hulpverlening in 1000 gevallen uit de wijkverpleging. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975
- KRIJGSMAN, A.R.. Georganiseerde nazorg in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1986
- LAMBERTS, H.. Morbidity in General Practice: diagnoses related information from the monitoring project. Utrecht, 1984
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980
- ZEE, J. van der. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982 (proefschrift).

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Cliënten van de instellingen voor gezinsverzorging: eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28 september tot en met 25 oktober 1980 gehouden onderzoek. Sociaal Cultureel Kwartaalbericht, 4 1982. No.2, p. 37-50
- SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU. Sociaal Cultureel Rapport 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980
- EIJK, J.Th.M. VAN. levensgebeurtenissen en ziekte: een verkennend onderzoek naar het effect van enkele levensgebeurtenissen op het ontstaan van ziekten bij personen met een sterk en zwak probleemoplossend vermogen. Utrecht: Huisartsenpers, 1979. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen
- KAMER VOOR EXTRAMURALE GEZONDHEIDSZORG VAN DE NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Nota's Zorgverlening vanuit de eerstelijns. Zoetermeer, 1987
- MOOTZ, M. De patiënt en zijn naasten: de invloed van de houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Nationale kruisvereniging, 1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in beweging: verantwoording 1981 t/m 1986, Meerjarenraming 1988 t/m 1992. Bunnik: Nationale kruisvereniging, 1987
- NIVEL. Naar een sterkere eerstelijns?: 1: het overheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987
- NIVEL. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1985. Utrecht: NIVEL, 1985

NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Morbidity figures from general practice: data from four general practices 1978-1982. Nijmegen, 1985

OLIEMANS, A.P.. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stanfort Kroeze, 1969

PROVINCIALE NOORD-BRABANTSE KRUISVERENIGING. Verslag Congres Samenwerking Kruiswerk/Gezinszorg, gehouden op 8, 9 en 10 mei 1985 te Vinkeveen. Tilburg: Provinciale Noord-Brabantse Kruisvereniging, 1985

SLUIJS, E.M., J.P. DOPHEIDE, J. VAN DER ZEE. Overzichtstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: NIVEL, 1985

SIXMA, H.J.M.. Bewoners over de Almeerse Gezondheidszorg: resultaten bevolkingsenquête 1985. Utrecht: NIVEL, 1986

STICHTING CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING. 1) Naar een sluitende zorg, 2) Beleidsvisie Gezinsverzorging tachtiger jaren. Utrecht, 1986, 1984

STICHTING CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING. Informatiebulletin nrs. 19, 22, 23, 24, 25, 26. Utrecht, Driebergen, 1985-1986

STICHTING CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING. Zorg op maat: verslag van een schriftelijke enquête onder alle instellingen voor gezinsverzorging naar aanwezige hulpvormen en samenwerking met andere voorzieningen. Driebergen, 1987

VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN. Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht: NIVEL, 1985

VISSER, G.J.. Eerstelijns in Rotterdam. Utrecht: NIVEL, 1986

WARMENHOVEN, N.E.. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1984

WIEMAN, F.. Bibliografie: zelfzorg en mantelzorg, 1, 1987, nr.9. Utrecht: NIVEL, 1987

WILLEMSEN, R.. Bibliografie: wijkverpleging, kruisvereniging, 1, 1986, nr.1. Utrecht: NIVEL, 1986 .

WULMS, M.J.P.. De eerstelijns(gezondheids)-zorg in gemeentelijke beleidsnota's: een analyse in het licht van het rijksoverheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987

Relatie eerstelijns - tweedelijns

- DOPHEIDE, J.P., F.P. NIJHOUT. Een ziekenhuis op nieuw land: een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in de regio. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- DOPHEIDE, J.P.. Verwijzingen door huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
- DOPHEIDE, J.P., G.J.M. de Cock en J.J. Witte. Vooronderzoek integratie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen. Leiden: NIPG, 1078
- DRIJVER, H., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK EN C.J. LAKO. Wijkverpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg, 10, no. 1, 16-18, 1982
- DROGENDIJK, C.A. Ziekenhuis-wijkverpleging: een paar apart. Nederlands instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, TNO. Leiden, 1981
- EMANUEL-VINK, H. en P. VAN DER KAAIJ. het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Nijmegen, Dr. Veeger Instituut, 1980
- ES, J.C. VAN, H.R. PIJLMAN. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartsenpraktijken. Huisarts en Wetenschap, 13, 1970, nr. 12, p.433-39
- GAAG, J. VAN DER. An econometric analysis of the Dutch health care system. Leiden: Rijksuniversiteit, 1978, proefschrift
- GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE. Regionale verschillen in ziekenhuisopnamen in Nederland en België, deel I en II. Gezondheid en Samenleving, 6, 1985, nr. 2, p. 82-98
- HARMONISATIERAAD WELZIJNSBELEID. Herverkavelen in de gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1985
- KERSTEN, D. Invloed van de huisarts na de verwijskaart. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984

- KOLKMAN, H. Twee wegen om samenwerking tussen huisarts en specialist te verbeteren/H. Kolkman en C. van de Voort. Het ziekenhuis, jrg. 15, no.11, 1985, p. 378-81. Medisch Contact jrg. 40, no. 35, 1985, p. 1065-67
- KROL, L.J. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985, proefschrift
- KRUIDENIER, H.J.. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden. Zeist: Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen, 1976
- MELKER, R.A. DE. Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist. Medisch Contact, jrg. 29, no. 20, 1974, p. 631-36
- MEYBOOM, W.A. en A.F. Casparie. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis: een toetsingsonderzoek. Medisch Contact 35, no. 33, 989-994, 1980
- NUYENS, W.J.F.I. en M.H.I. TITS, Experiment onder huisartsen: tussentijds verslag uit Tilburg. Medisch Contact: 42, no. 9 p. 276-79
- POST, D., J.W. GUBBELS. Verwijzen naar interne specialismen: verschillen tussen huisartspraktijken en enkele factoren die daarop van invloed zijn. Huisarts en Wetenschap, 1986, nr. 29, p.369-72
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon I. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1978
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartsenpraktijk. Gezondheid en Samenleving, 1, 1980, nr. 1
- PRAAG, B.M.S. van, W.P.M.M. VAN DE VEN. Tussen eerste en tweede echelon: een kritiek. Medisch Contact 33, 1978, nr. 29, p.0-03
- SWINKELS, M.A.A., J.P. DOPHEIDE. Samenwerken tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen: inventarisatie van knelpunten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982

- SWINKELS, M.A.A. en L. LODEWICK. Samenwerking huisartsen en specialisten: een inventarisatie in de regio Gouda. Medisch Contact, jrg. 39, no. 7, 1984, p. 205-06
- VENNIX, J., J. GUBBELS, D. POST. Spreekuurbezoek, verwijzen en opnemen als proces: een regionaal model, 1: patiënten onder behandeling van de huisarts. Medisch Contact, 1986, nr. 27, p. 2-54
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Jaarboek LISZ 1974-1985: Landelijk informatiesysteem ziekenfondsen. Zeist
- VU - ACADEMISCH ZIEKENHUIS. Project samenwerking 1^e-2^e lijn, jaarverslag 1986. Amsterdam, 1987
- WILLEMSSEN, R.. Bibliografie: relatie eerste en tweedelij, 1, 1986, nr. 4. Utrecht: NIVEL, 1986
- WIJKEL, D. en D. VAN DER GRIJN. Huisarts en diagnostisch centrum. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
- WIJKEL, D.. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en productiecijfers, deel I. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- WIJKEL, D.. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken, deel II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- WIJKEL, D.. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: NIVEL, 1986 proefschrift R.U. Groningen
- ZEE, J. VAN DER. Herverkavelen in de gezondheidszorg: belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering. Medisch Contact, 1985, nr. 41, p. 1265-67

Relatie ELGZ-GGZ en BGZ

- BENSING, J.M. Psycho-sociale problemen in de eerstelijnszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid deel I. Utrecht: NIVEL, 1984
- JOINT. Algemeen Maatschappelijk Werk in samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg: discussie-nota. 's-Hertogenbosch: JOINT, 1979
- JOINT. Informatie Beleid Eerstelijnsamenwerking. 's-Hertogenbosch: JOINT, 1983
- JOINT. Het Algemeen Maatschappelijk Werk in beeld, 1982, 1983, 1984, 1985. 's-Hertogenbosch: JOINT, 1984, 1985, 1986
- JOINT. Cliënten Registratie Gegevens AMW, 1984, 1985. 's-Hertogenbosch: JOINT, 1985, 1986
- KUIJLEN, H.. Preventie en de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1, 1986, nr. 7. Utrecht: NIVEL, 1987
- LAMBERT, D.. Preventive health care seminar 1983 report. Londen, 1983
- LAMBERTS, H. en B. HARTMAN. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: 1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoring-project. Huisarts en Wetenschap 25, no. 9, 333-42, 1982
- MOOTZ, M.. Samenhang in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, stukwerk 28, 1985
- MOOTZ, M.. Samenhang in de zorg. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, stukwerk 35, 1986
- ORMEL, J. en R. GIEL. Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor psychiatrie 25, no. 10, 688-710, 1983
- PETERS, L. Relatie eerstelijnszorg-geestelijke gezondheidszorg: NHI-bijdrage aan de nieuwe nota. Geestelijke Volksgezondheid deel II. Utrecht: NIVEL, 1984

PETERS, L.. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg: een bibliografie. Utrecht: NIVEL, 1985

RIDDER, D. de en J. VISSER. Tussen de lijnen. Utrecht: NCGV-NIVEL, 1987

VERHAAK, P.F.M.. interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986, proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam

Scenario's, toekomstonderzoek, beleidsonderzoek

- BANTA, H.B., W.T. VAN BEEKUM, A.C. GELIJNS, P.J. GRAAFF. Potentials for home care technology. 's-Gravenhage: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1987 (concept)
- BANTA, H.B., A.C. GELIJNS, J. GRIFFIOEN, P.J. GRAAFF, B. VAN DER LANS. Anticipating and assessing health care technology, volume 1: general considerations and policy conclusions. Leidschendam: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1987
- BECKER, H.A.. Consequentie-analyses: kenmerken en ontwikkelingen. Beleid en Maatschappij 1983, nr. 11, p.314-25
- BECKER, H.A., H.P.M. MUTSAERS. Rapport vooronderzoek scenarioproject 'Het ziekenhuis van de 21^e eeuw'. Utrecht: Vakgroep Planning en Beleid, R.U.U., 1987
- BECKER, H.A., H. DE VRIES. Handleiding voor ontwerpen van scenario's. Utrecht: Vakgroep Planning en Beleid, R.U.U., 1982
- BECKER, H.A., A. KLAASSEN-VAN DEN BERG, A. KRAAN-JETTEN, R.J.T. VAN RIJSELT. Ouder worden in de toekomst: scenario over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Leidschendam: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1985
- BRENNER, M.H.. Scenario Analysis: relation to forecasting and strategic planning. Baltimore (USA): The John Hopkins University, 1985
- BIJL, R.V., E. KETTING. Rapport vooronderzoek scenario-project Geestelijke Volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NcGv, 1987
- CARLEY, M.. Rational Techniques in policy Analysis. Londen: Heineman Educational Books, 1981
- COMMISSIE HARMONISATIE RAMINGEN KWARTAIRE SECTOR. Over voorzieningen gebruik en personeel in de kwartaire sector 1983-1987: eindrapport en technisch rapport bij eindrapport. 's-Gravenhage: Commissie Harmonisatie Ramingen Kwartaire Sector, Ministerie van Binnenlandse Zaken, Sociaal Cultureel Planbureau, 1983

- COOK, Th. D., C.S. REICHARDT. Qualitative and quantitative methods in evaluation research. Beverly Hills, Londen: Sage Publications, 1979
- DOORN. J. VAN, F. VAN VUGHT. Forecasting, methoden en technieken voor toekomstonderzoek. Assen, Amsterdam, 1978
- ECONOMISCH STATISTISCHE BERICHTEN. Voorspellingen: wat heb je eraan?. Rotterdam, 71, 1986, nr. 3583
- FULPEN, H. VAN, F. VAN HERWAARDEN, E. HOOIJMANS, F. DE KAM, E. POMMER, C. WIEBRENS. Berekend Beleid: de personele inkomensverdeling in 1985, met een micromodel-simulatie van de verdelingseffecten en de budgettaire effecten van verschillende overheidsmaatregelen. Sociale en Culturele Studies -5. 's-Gravenhage: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985
- FINSTERBUSCH, K., A.B. MÖTZ. Social research for policy decisions. Belmont, California: Wadsworth Publishing company, 1980
- GREEF, M.H.G. DE, H.R. KNOL. Consumptiepatroon van lokale eerstelijnsvoorzieningen in de regio Schoterwerven. Groningen: Vakgroep Welzijnsbeleidsvraagstukken, R.U. Groningen, 1986
- GROOT, H. de, C.A. DE KAM, E.J. POMMER, F.P. VAN TULDER. Demografie en collectieve uitgaven 10, 81-2030. Economisch Statische Berichten 4-4-1984, p.324-30
- GRUMWALD-SCHINDL, C.A., A. KRAAN-JETTEN. Evaluatie van en voor overheidsbeleid: een overzicht van vormen en benaderingen. Beleid en Maatschappij, nr. 5, 1985, p.128-38
- HOOIJMANS, E.M.. Schattingen van een model van de Nederlandse gezondheidszorg over de jaren 1974, 1975 en 1976. Gezondheid en Samenleving, 4, 1983, nr. 2, p.110-18
- MARTINO, J.P.. Technological Forecasting for Decisionmaking. New York: Elsevier, 1978
- MINISTERIE VAN FINANCIËN. Scenario's in discussie, Beleidsanalyse 11, 1982, nr. 4. 's-Gravenhage: Ministerie van Financiën

- REIJNEN, M.H.. Auditing scenario's in the Netherlands. Utrecht: Vakgroep voor Planning en Beleid, R.U.U., z.j., paper
- SCHNAARS, S.P.. How to develop and use scenario's. 's-Gravenhage: STG-bulletin, nr. 11, maart 1987, p.270-76
- SCHREUDER, R.F. Scenario's op het terrein van de volksgezondheid. Medisch Contact 3, 42, 76-77, 1987
- SIMONIS, J.B.D., D.J. HOUTEN. Kennis en macht: de onevenwichtigheid van beleidsmodellen. Beleid en Maatschappij, nr. 10, 1985, p.243-52
- SMULDERS, P.G.W., C.L. EKKERS, C.R. DE WINTER. Scenarioproject arbeid en gezondheid: uitvoerbaarheidsstudie. Leiden: NIPG-TNO, 1987
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Het hart van de toekomst. De toekomst van het hart: scenario's over hart- en vaatziekten 1985-2000. Rijswijk: STG, 1986
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Home-care technology. Rijswijk, STG, 1987
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Kanker in Nederland, deel I Scenariorapport 1987: scenario's over kanker 1985-2000, deel II Bijlagen. Rijswijk, STG, 1987
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Structuur en opdracht. Ministerie van WVC, 1986
- TRUIN, G.J.. Een computer simulatiemodel van de tandheelkundige Gezondheidszorg. Oss, 1982, Proefschrift K.U. Nijmegen
- VRIEZE, O.J. Discussiestuk m.b.t. methodologieën voor scenario-onderzoek binnen de volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 1986
- WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. De komende vijfentwintig jaar: een toekomstverkenning voor Nederland. Rapporten aan de regering, nr. 15, 1977, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1977

WILS, W.I.M., G. HIRSCH, A.F.J. WILS. The heart of the future, the future of the heart, volume 2, background and approach 1986, scenario's on cardiovascular diseases 1985-2010. Leidschendam: Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1987

WISSEMA, J.W.. Korte gids voor Delphi-onderzoek. Tijdschrift voor effectief directiebeleid, 44, 1974, p.122-31

BIJLAGE

Lijst van geïnterviewde deskundigen

- Prof.dr. J.C. van Es
Medisch Contact, Utrecht
- Drs. C. Glerum
JOINT 's-Hertogenbosch
- Drs. J.H. de Graaf
Stichting Research van Beleid, Leiden
- Mr. R.J. Hofman
KLOZ, Houten
- Dr. A. Kerkhoff
GG en GD, Leiden
- S. van der Kooij, arts
Ziekenfondsraad, Amstelveen
- Prof.dr. P.J. van der Maas
Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam
- J. Moor, arts
Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, Zoetermeer
- Prof.dr. H. Philipsen
Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap, Maastricht
- Drs. G.A.P. Rutten
Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, Driebergen
- Prof.dr. R.N. Rozendal
Instituut voor Lichamelijke Oefening, Amsterdam
- Prof.dr. H. Tiddens
Soesterberg
- Prof.dr. H.A. Valkenburg
Instituut voor Epidemiologie, Rotterdam
- Mr. E. Veder-Smit
Nationale Kruisvereniging, Bunnik
- Dr. P.A.M. Verbraak
GG en GD, Rotterdam
- Prof. Dr. F. Vorst
Capaciteitsgroep Epidemiologie, Maastricht
- A. Vrij, arts
Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Rijkswijk
- Prof.dr. Chr. van Weel
Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen
- H. van der Wilk
Landelijk Patiëntenplatform, Baarn

