

MEERJARENPLANNING
BASISEENHEID 'RELATIE TUSSEN
EERSTE EN TWEEDE LIJN'

J.P. Dopheide

Utrecht, mei 1979

Meerjarenplanning Werkgroep "Relatie tussen eerste en tweede lijn"

1. Beperking en relevantie van het werkgebied.

"Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg" is een werkgebied dat een groot deel van de gezondheidszorg als studieobject zou kunnen hebben, zowel wat betreft analyseniveaus (van macro-analyse van gegevens op geaggregeerd niveau, tot analyse van video-opnamen van een huisarts die telefonisch een specialist consulteert), als wat onderwerpen betreft (zelfs als men zich zou beperken tot het terrein "omvang van de patiëntenstromen" dienen zich al een voldoende groot aantal vragen aan om deelonderzoeken naar te verrichten: verwijzen, polikliniekbezoeken, opnemen, ontslaan, dit alles zowel kwantitatief als kwalitatief).

Om enig zicht te krijgen op de voor het NHI wenselijke onderzoeksactiviteiten op dit gebied in de komende jaren dient het veld waarop de aandacht gericht zal worden dus ingeperkt te worden. Eén methode die daarbij gehanteerd zou kunnen worden is: allereerst een systematisch overzicht opstellen van al die onderwerpen die men zich bij "relatie tussen eerste en tweede lijn" zou kunnen voorstellen, inclusief een globale aanduiding van soort en inhoud van de aangewezen onderzoekswerkzaamheden, om vervolgens uit dit geheel een berekeneerde keuze te doen. Hoewel deze methode veel aantrekkelijks heeft, zullen wij hem niet volgen. Een overzicht van het potentiële onderzoeksveld dat met enig recht volledig genoemd kan worden valt principieel niet, maar gelet op de grote omvang daarvan wel buiten het bereik van een meerjarenplanning als de onderhavige. Bovendien is het zowel voor de schrijver als voor de lezer van een meerjarenplanning wat frustrerend om zich vooral bezig te houden met wat er allemaal niet onderzocht gaat worden.

We zullen daarom wat pragmatischer te werk gaan. Een eerste inperking van het werkgebied zou gevonden kunnen worden door de constatering dat de belangstelling voor de relatie tussen de eerste en tweede lijn rechtstreeks voortvloeit uit de op het NHI (en daarbuiten) leven-

de interesse in aard en omvang van de patiëntenstromen: verwijzen, poliklinische werkzaamheden, opname, ligduur, ontslag, terugverwijzing naar de huisarts.

Behalve (sociaal-) wetenschappelijk interessant is het onderwerp "patiëntenstromen" ook van een nauwelijks te overschatten relevantie: het streven om te komen tot een versterkte eerste lijn en tot een daarmee samenhangende "verzwakking" van de hogere echelons (met welk streven een belangrijk deel van het heden gevoerde beleid gekenschetst is) is in feite niets anders dan een streven naar beheersing en besturing van de patiëntenstromen.

De vraag is echter of met het invoeren van de term "patiëntenstromen" nu wel zo'n wezenlijke beperking van het werkgebied tot stand wordt gebracht. Zeker als van die stromen zowel de aard als de omvang in beschouwing wordt genomen is het potentiële werkterrein nog steeds van een (te) grote omvang. Niettemin begint er in de te ondernemen activiteiten wel enige ordening te ontstaan als we stellen dat in ieder geval in elk onderzoeksplan de patiëntenstromen centraal staan. Het al of niet bezoeken van klinische avonden door de huisarts, op zichzelf een onderwerp dat misschien binnen het werkgebied zou passen, valt hiermee als thema af, ténzij het een bijdrage kan leveren tot verklaring van verschillen of veranderingen in patiëntenstromen (b.v. nascholing door de cardioloog, er op gericht om de huisartsen te onderrichten in een verantwoord gebruik van een electrocardiograaf in de huisartspraktijk, teneinde de kwaliteit van hun cardiologische verwijzingen respectievelijk het aantal cardiologische verwijzingen te verbeteren respectievelijk verminderen, met wellicht een aantal consequenties voor de werkwijze van de cardioloog, en bijbehorende veranderingen in de patiëntenstromen).

In onderzoekstermen zouden we kunnen zeggen dat de patiëntenstroom altijd de afhankelijke variabele is.

Een tweede dimensie waarlangs gekomen kan worden tot afperking van het werkgebied is de beperking tot één bepaald niveau van analyse. We zullen dit wat nader toelichten. Een vaak toegepaste indeling van onderzoeksniveaus is die in micro-, meso- en macroniveau.

Deze indeling is in zoverre niet sterk, dat de grenzen tussen de verschillende niveaus nogal vloeiend zijn; er wordt globaal aangegeven waar men ongeveer de eenheid van onderzoek moet zoeken, terwijl daarmee tevens een indicatie is gegeven voor de te gebruiken methoden van onderzoek. Binnen één onderzoek kunnen verschillende niveaus van onderzoek geanalyseerd worden.

Onderzoek op micro-niveau localiseert de eenheid van onderzoek in de huisartspraktijk. Daarbij kan "de huisarts" of "de arts-patiënt-interactie" eenheid van analyse zijn, maar ook een taalkundige eenheid (zinnen, sequenties), of een tijdseenheid (het spreekuur).

Materiaalverzameling vindt veelal plaats door (video-) observatie en registratie in de praktijk zelf. Als het gaat om verklaring van aard en omvang van de patiëntenstromen worden de verklarende variabelen (de "oorzaken") gezocht in persoonlijke kenmerken van de arts (de artsenfactor), in de praktijkgrootte, het aantal contacten per dag, de leeftijdsopbouw van de praktijk, het gebruik van diagnostische hulpmiddelen, etc.

Onderzoek op mesoniveau richt de aandacht meer op de totale plaatselijke situatie. De verklarende variabelen worden gezocht in afstand tot en omvang van de tweedelijnsvoorzieningen, lokaal gemaakte afspraken en normen tussen de hulpverleners aangaande verwijzen en opnemen, consultatie en communicatie. Vaak zal overigens een micro-aspect niet ontbreken: als er zich tussen de huisartsen, ondanks een gelijke positie wat betreft bovenstaande soort variabelen, toch grote onderlinge verschillen in verwijscijfers voordoen zal de verklaring al gauw op een microniveau gezocht worden.

Macro-onderzoek speelt zich af op geaggregeerd niveau. Als eenheid van analyse fungeert "de gemeente", "het ziekenhuisrayon", of "de provincie".

Huisartsendichtheid, beddendichtheid, leeftijds/geslachtsopbouw van de populatie zijn belangrijke factoren ter verklaring van verschillen in patiëntenstromen. Afstand tot de voorzieningen, hierboven een mesofactor genoemd, kan overigens met evenveel recht een typische macro-factor genoemd worden.

Aan de hand van deze ruwe indeling en beschrijving zullen we tot een nadere inperking van het werkgebied overgaan. Allereerst het macroniveau.

Op het ogenblik staan wat betreft de op macroniveau gevonden relaties twee vragen centraal:

- a. "is het nu wel zo?"
- b. "hoe werkt het eigenlijk?"

De eerste vraag tast de aard van het onderzoek niet aan: hij vraagt aandacht voor verbetering van de op macroniveau gevonden relaties door verbetering van de data en/of de data en/of de gebruikte analysemethoden. Zie, als voorbeeld, de discussie tussen Van Praag c.s. en Posthuma en Van der Zee over de juiste leeftijds/geslachtscorrectie, Medisch Contact 33 (1978, p. 103-108 en 307-308).

De tweede vraag is fundamenteeler: hij stelt het probleem aan de orde dat macro-onderzoek een zogenaamd "mechanisme" ontbeert: de gevonden statistische relaties worden hetzij geheel niet geïnterpreteerd, hetzij voorzien van een interpretatie (op meso- of microniveau!) waarvoor op het analyseniveau van deze verklaring geen empirische steun kan worden gevonden. Zie bijvoorbeeld de tussen de bovengenoemde schrijvers gevoerde discussie over de op macroniveau gevonden relatie tussen huisartsendichtheid en verwijscijfers, Medisch Contact 33 (1978, p. 617-618).

De cruciale vraag bij deze en dergelijke discussies is of een op macroniveau gevonden relatie "vertaald" mag worden naar een lager niveau van analyse. Onder verwijzing naar deze discussie willen wij aansluiten bij de elders 1) door Van der Zee geformuleerde mening dat thans micro-onderzoek dat een mechanisme kan verstrekken aan

- 1) Inmiddels is door van der Zee, als vervolg op het door hem en Posthuma verrichte onderzoek op macroniveau, een subsidie-aanvraag bij de Ziekenfondsraad ingediend inzake een onderzoek naar verwijzen op microniveau. Dit onderzoek is van een dermate grote omvang, dat het op dit moment nog onzeker is of het wenselijk is dat het binnen het organisatorische verband van de basiseenheid "Relatie tussen eerste en tweede lijn" wordt uitgevoerd. Voor de globale opzet van dit onderzoek verwijzen wij naar "Tussen eerste en tweede echelon" deel 2, p. 30 e.v.

de op macroniveau gevonden relaties (d.w.z. dat kan laten zien "hoe het werkt") de voorkeur verdient. Geen macro-onderzoek dus, maar door macro-onderzoek geïnspireerd micro-onderzoek.

Voordat wij nu zouden stellen dat in ieder geval ook het microniveau binnen de werkzaamheden behoort te vallen dienen we eerst de nodige aandacht te geven aan het mesoniveau.

Onderzoek naar patiëntenstromen door nauwkeurige beschrijving en analyse van een locale situatie is een uiterst relevante zaak. Deze vorm van onderzoek is evenals de microbenadering, zij het misschien in iets mindere mate, in staat enig licht te werpen op de aan macro-relaties ten grondslag liggende mechanismen. Onderzoek van dit type is bovendien zeer beleidsrelevant: juist op het mesoniveau kan de nodige aandacht besteed worden aan de samenhang van de voorzieningen (c.q. het gebrek daaraan), en aan een samenhangend gebruik van de voorzieningen. Zolang over de mogelijkheden van substitutie van zorg nog geweldige meningsverschillen bestaan (zie bijvoorbeeld de kritiek op de door Van Praag c.s. veronderstelde mogelijkheid van substitutie van klinische door extramurale zorg (Poeisz, Het Ziekenhuis, 5, 14, p. 338-341), is onderzoek waarbij, voorlopig nog op vooral beschrijvende en explorerende wijze, de patiëntenstromen zichtbaar gemaakt worden binnen een kader waarin het geheel aan voorzieningen en de samenhang daarin in beschouwing wordt genomen een zinvolle zaak. Wij zijn dan ook van mening dat de werkgroep "Relatie tussen eerste en tweedelij" zich de komende vijf jaar vooral op dit terrein dient bezig te houden. De eerste jaren, en wellicht alle komende vijf, zal het onderzoek op mesoniveau vooral een case-study-achtig karakter hebben. Dit is geen bezwaar: zowel het gebrek aan inzicht in de werkende mechanismen als het feit dat een diepgaande studie van patiëntenstromen binnen een kader waarin het totaal aan intra- en extramurale voorzieningen in beschouwing wordt genomen een zelden voorkomend verschijnsel is, wettigen dit, in wetenschappelijk opzicht niet buitengewoon geavanceerde type onderzoek.

Héél voorzichtig kijkend naar de periode ná de komende vijf jaren zou gesteld kunnen worden dat het werkgebied zich dan langs twee

dimensies zou kunnen ontwikkelen: enerzijds kan, op basis van de inmiddels verworven inzichten, onderzoek geëntameerd worden met een meer toetsend karakter (gedacht wordt aan het opstellen van niet al te complexe modellen van de patiëntenstromen in een locale context, welke modellen in onderzoek met een groot aantal eenheden en een matig groot aantal variabelen op hun bruikbaarheid kunnen worden onderzocht); anderzijds kan de aandacht uitgebreid worden tot het grotere verband van de regio.

Het micro-onderzoek is intussen stilzwijgend afgevoerd, naar het lijkt. De reden daarvoor is veeleer een pragmatische dan een principiële.

Van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn verzoeken ontvangen tot medewerking aan enkele onderzoeken met een uitgesproken meso-karakter (project Hoogeveen) of van een type dat ergens tussen meso- en microniveau inzit (Diagnostisch Centrum Oudenrijn). Vanuit een oogpunt van accumulatie van kennis en inzicht is het juister dat wij ons de komende jaren beperken tot één type onderzoek: op deze wijze kunnen opgedane ervaringen het best tot hun recht komen, en is er de beste garantie voor wederzijdse stimulerende uitwisseling van ideeën. Nu het meso-niveau min of meer "gegeven" is, lijkt het dus redelijk ons daartoe te beperken. (het project "Verwijzen op micro-niveau" laten wij, gezien de onduidelijkheden over de organisatorische aspecten ervan, even buiten beschouwing).

Conclusie: de werkgroep zal zich de komende vijf jaren vooral bezig houden met onderzoek naar patiëntenstromen. Dit onderzoek, dat zich voor het grootste deel zal afspelen op meso-niveau, zal voor alsnog een beschrijvend en explorerend karakter hebben. Meer algemeen geldige wetmatigheden op mesoniveau kunnen daarna aan de orde komen, waarbij tevens het onderwerp "regionalisatie" (zij het vanuit een belangstelling voor patiëntenstromen) een rol zou kunnen spelen.

2. Enkele onderzoeksvragen op mesoniveau.

Als centrale vraagstelling voor het werkterrein zou de volgende vraag geformuleerd kunnen worden: "Welke relaties zijn er vast te stellen tussen organisatie van de gezondheidszorg op lokaal niveau en de plaatselijke patiëntenstromen?". Deze vraagstelling is op zichzelf nog dermate vaag en veelomvattend, dat hij bezwaarlijk als vraagstelling voor één onderzoek zou kunnen dienen.

Als richtinggevend principe, waarbij de begrippen "organisatie" en "patiëntenstromen" centraal staan, is hij echter wel bruikbaar.

Bij organisatie van de gezondheidszorg dient men in de eerste plaats te denken aan aard en omvang van de aanwezige voorzieningen (waarbij de mogelijkheid dat er van enige organisatie hoegenaamd geen sprake is niet zuiver theoretisch is).

Daarbij komen vragen aan de orde als: welke invloed heeft een toe- of afname van het aantal huisartsen op de verwijscijfers?

Wat is het effect van een toe- of afgenomen aantal ziekenhuisbedden en van een wijziging in het aantal specialismen en specialisten?

Hoeveel patiënten worden vanuit het ziekenhuis ontslagen naar een verpleeghuis, en verandert dit aantal als het aantal verpleeghuisbedden verandert?

Welke andere intra- en extramurale voorzieningen zijn er, via welke andere hulpverleners komen de patiënten/cliënten daar terecht?

Kortom, weinig meer maar ook niet minder, dan beschrijven van de patiëntenstromen als zodanig.

Interessanter wordt het als er wel enige organisatie sprake is (wat natuurlijk altijd wel in enige vorm het geval is), en wel om twee redenen. In de eerste plaats is onderzoek geïndiceerd waarin het effect van overlegstructuren, communicatielijnen, onderlinge taakafbakeningen en onderlinge afspraken wordt nagegaan. We denken hier aan afspraken over de zorg voor chronische patiënten (wie controleert de diabeet?), over de bemoeienissen van de huisarts met zijn ziekenhuispatiënten, aan consultatie of een vergelijkbare vorm van consultatief optreden van de specialist (of een andere hulpver-

lener), aan het openstellen van röntgenkamer en ziekenhuislaboratorium voor de huisarts en, zij het dat iets dergelijks zich niet erg vaak voordoet, aan lokaal gemaakte afspraken om te komen tot een verschuiving van de zorg van tweede naar eerste lijn, en tot een sterkere mate van continuïteit in de zorg (Hoogeveen). Daarnaast echter wordt, vooral als een invloed van organisatie op patiëntenstromen inderdaad kan worden aangetoond, de organisatie van de plaatselijke gezondheidszorg als zodanig een belangwekkend onderwerp van studie. Onderlinge afspraken tussen zelfstandige ondernemers (en dat zijn nog steeds de meeste hulpverleners in de gezondheidszorg) hebben immers in principe een tamelijk vrijblijvend karakter. Voegt men daarbij de constatering dat niet alle afspraken voor iedereen even aantrekkelijk zijn (bijvoorbeeld een economisch nadeel: controle van diabetes in de eerste lijn scheelt de specialist een stuk inkomen), dan wordt de vraag hoe het überhaupt mogelijk is dat gemaakte afspraken (soms) worden nageleefd een zeer belangwekkende (evenals zijn tegenhanger uiteraard, die zich bezighoudt met het geregeld niet bereiken van collectief nagestreefde doeleinden). Daarbij zou het begrip "sociale controle" centraal kunnen staan: welke mechanismen zijn er aan te wijzen die ervoor zorgen dat overtreders van de regels tot de orde worden geroepen zonder dat er geweldige moeilijkheden ontstaan?

Uiteraard zal bij ieder onderzoek dat zich bezighoudt met de organisatie als zodanig en met het effect daarvan op patiëntenstromen ruime aandacht besteed moeten worden aan factoren, die het bereiken van de doeleinden belemmeren. Terloops is de financiële factor al genoemd; deze zal vooral van invloed zijn op de werkwijze van die hulpverleners c.q. die hulpverleningsinstanties die per verrichting of anderzins per eenheid geleverde zorg (verpleegdag) betaald worden (specialist, ziekenhuis).

Ook organisatorische factor (vergadertijd) dient in het oog gehouden te worden.

En de patiënt? Het lijkt er, gezien het bovenstaande, sterk op dat we in zijn wel en wee nauwelijks geïnteresseerd zijn. Tot op zekere hoogte is dat ook wel waar.

Als we willen weten of door een bepaalde vorm van organisatie de zorg voor de patiënt verbetert (bijvoorbeeld verbeterde kwaliteit van de verwijzingen) hebben we daar zijn oordeel niet voor nodig: inspectie van verwijs- en specialistenbrieven leert ons genoeg. Ook de tevredenheid van de patiënt met de geleverde zorg bij een zeker organisatiepatroon zegt waarschijnlijk meer over (op zichzelf natuurlijk niet onbelangrijke!) zaken als de wachttijden in de polikliniek dan over de kwaliteit van de zorg.

Niettemin zou een werkgebied waarin de patiëntenstromen centraal zich eigenlijk juist zeer intensief met de patiënt moeten bezighouden. Het is immers in de meeste gevallen de patiënt die het initiatief neemt tot een contact met een direct toegankelijke hulpverlener (meestal de huisarts; we zien even af van rechtstreekse bezoeken aan de polikliniek voor EHBO-achtige zaken, en van patiënten die acuut naar de specialist worden gebracht).

Het is bekend dat er in het relatieve aantal patiënten dat een huisarts per dag ziet grote verschillen bestaan. Deze verschillen zouden enerzijds zijn terug te voeren op arts-gebonden raadpleegnormen (de arts maakt de patiënt duidelijk waarmee hij wèl, en waarmee hij niet behoort te komen; deze normen verschillen per arts); anderzijds bestaan er tussen verschillende bevolkingsgroepen grote verschillen opvattingen over ziekte en gezondheid, en in normen met betrekking tot die aandoeningen waarvoor men in het algemeen de dokter behoort te raadplegen.

Deze normen (algemene, en arts-gebonden) hebben naar men mag aannemen een vrij grote invloed op de "input" van het gezondheidszorgsysteem, en, overigens via waarschijnlijk vrij complexe mechanismen, op de patiëntenstromen.

Waar wij ons de komende jaren nog voornamelijk zullen bezighouden met onderzoek met een klein aantal waarnemingseenheden (vaak niet meer dan één), en normen over ziekte, gezondheid en raadplegen

van medici in de tijd niet zo snel veranderen 1), kunnen we voorlopig van de inputzijde van het systeem abstraheren. Locaal verschillende raadpleegnormen worden echter van groot belang als we ons, op wat langere termijn, gaan bezighouden met onderzoek met een groter aantal eenheden.

- 1) Een uitzondering zou gemaakt kunnen worden voor de situatie waarin de plaatselijke gezondheidszorg een sprongsgewijze, kwalitatieve verandering ondergaat, bijvoorbeeld door het tot stand komen van een geheel nieuwe voorziening zoals een ziekenhuis of andere gespecialiseerde vorm van zorgverlening. Onder invloed van een dergelijke, "moderne" voorziening zouden de lokale normen aangaande ziekte en gezondheid zich wel eens vrij snel kunnen wijzigen.

3. Concrete voorstellen.

3.1. Evaluatie Diagnostisch Centrum Oudenrijn

Per 15 mei wordt in het ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht, als gevolg van een advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1975, een Diagnostisch Centrum geopend. Van het Ministerie van Volksgezondheid is het verzoek ontvangen mee te werken aan een evaluatie van dit centrum, met in achtneming van de volgende, door het Ministerie geformuleerde doelstellingen van onderzoek:

1. Het registreren en analyseren van het kwantitatieve en kwalitatieve gebruik door huisartsen van de diagnostische faciliteiten alsmede de hieruit voortvloeiende activiteiten zoals verwijzingen, opnamen etc. en de veranderingen, die hierin tijdens de duur van het experiment optreden onder invloed van het functioneren van het diagnostisch centrum.
2. Het registreren en analyseren van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten en de verandering hierin onder invloed van het functioneren van het diagnostisch centrum.
3. Het beschrijven en analyseren van kwaliteit van de door de huisartsen verleende zorg en de verandering hiervan onder invloed van het functioneren van het diagnostisch centrum; het analyseren en bewaken van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek.
4. Het voor zover mogelijk nagaan van de kosten voor de gezondheidszorg, verbonden aan het handelen van de huisarts en de kostenontwikkeling, voortvloeiende uit de geschetste ontwikkelingen, op basis van de voor doelstellingen 1, 2 en 3 verzamelde gegevens, onder invloed van het functioneren van het diagnostisch centrum.

Door het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nationaal Ziekenhuis Instituut 1) is een onderzoeksvoorstel geformuleerd, waarin veranderingen in aard en omvang van de patiëntenstromen als belangrijkste effect van het openstellen van het diagnostisch centrum worden gezien. Erkend wordt dat, gezien de complexiteit van de situatie (in Utrecht staan nog verschillende andere ziekenhuizen, het huisartsenlab, dat op commerciële basis werkt, biedt een zeer goede service) een werkelijke effectmeting niet mogelijk zal zijn. Het voorgestelde onderzoek heeft dan ook een beschrijvend en explorerend karakter. Veel aandacht zal besteed worden aan het op betrouwbare wijze in beeld brengen van de "afhankelijke" variabelen (we zetten aanhalingstekens om dit woord, om aan te geven dat aan de voorwaarden voor onderzoek dat werkelijk enig zicht kan geven op causaliteit geenszins voldaan is). Deze afhankelijke variabelen zijn het verwijzen van de huisarts (zowel kwantitatief als kwalitatief), de werkwijze van de specialist in termen van terugbestellen, opnemen, bepaling van de ligduur, en diagnostiek, en de manier waarop de door de huisarts verzamelde diagnostische informatie "doorwerkt" in de hogere echelons. Daarnaast zal veel aandacht geschonken moeten worden aan het meten van de belangrijkste "onafhankelijke" variabele: het gebruik van diagnostische hulpmiddelen door de huisarts, en de veranderingen daarin na opening van het diagnostisch centrum. De al eerder genoemde complexiteit van de locatie zorgt voor niet geringe problemen. Op meer explorerende wijze zal aandacht gewijd worden aan "interactieve variabelen". Dit zijn variabelen die moeten verklaren waarom, zoals te verwachten valt, de effecten van het diagnostisch centrum voor sommige hulpverleners anders zijn dan voor andere. Naast een aantal meer individuele kenmerken van de hulpverleners kunnen relationele factoren (verhouding huisarts-specialist) en normatieve (hoe wordt bepaald wat de taakverdeling tussen huis-

1) Zie voor de samenwerking met andere instituten paragraaf 4.

arts en specialist zal zijn?) een rol spelen.

Tevens zal de economische zijde van het experiment onderzocht worden: extra inkomsten voor het ziekenhuis, door het diagnostisch centrum eventuele consequenties voor de inkomens van specialisten (minder verwijzingen en/of minder noodzaak tot terugbestellen) en ziekenhuis (minder opnamen, afnemende bezettingsgraad).

Ook de vraag of de huisarts door het beschikbaar komen van de extra diagnostische faciliteiten niet méér werk moet doen (bijvoorbeeld nog eens terugbestellen controle in plaats van verwijzen) voor hetzelfde abonnementshonorarium zou tot de economische kant gerekend kunnen worden.

3.2. Integratie van eerste- en tweedelijsgezondheidszorg te Hoogeveen.

Rond het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen is sinds het begin van de jaren zeventig een proces van integratie van eerste- en tweedelijsgezondheidszorg op gang. In een door het NHI, het NZI en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO uitgevoerd vooronderzoek naar de effecten van dit integratieproces is gebleken dat, met uitzondering van een spectaculaire daling van het verwijsperscentage van de huisartsen (dat, om dit feit meteen weer te relativiseren, in vergelijking met een aantal andere plaatsen oorspronkelijk aan de (zeer) hoge kant was) geen duidelijke effecten van het proces konden worden vastgesteld. Daar moet aan worden toegevoegd dat het vooronderzoek zich, bij gebrek aan materiaal, tot een aantal nogal globale maten moest beperken.

Op korte termijn zal, wederom door NHI, NZI en NIPG/TNO, een voorstel gedaan worden aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tot uitvoering van een vervolgonderzoek. Dit onderzoek zal naar alle waarschijnlijkheid uiteen vallen in twee delen: allereerst een vrij kort, inventariserend onderzoek waarin de thans bestaande samenwerkingsrelaties worden aangegeven, en waarin de "knelpunten" op financieel, organisatorisch en procedureel gebied worden aangegeven. Een soort sociale samenwerkingskaart dus. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zullen verdere voorstellen worden gedaan. Eén van de mogelijkheden is om de samenwerking te Hoogeveen longitudinaal te analyseren, waarbij in vergelijking tot het vooronderzoek een meer kwalitatieve invalshoek gekozen kan worden.

Door het Ministerie wordt tevens gesuggereerd om een experiment met regionale budgettering onderzoeksmatig te begeleiden. Hoe dan ook, de financiële kant van de samenwerking zal uitgebreid aan de orde komen.

In het kader van onze bovenbeschreven belangstelling voor de organisatie van de gezondheidszorg als zodanig zal eveneens aandacht geschonken worden aan het onderzoek van mechanismen van sociale controle (het vooronderzoek leverde enkele aanwijzingen op dat

dergelijke mechanismen zich, vooral binnen de huisartsengroep, inderdaad afspelen). Bij het longitudinaal volgen van de samenwerking is een uiterst interessante vraag hoe feitelijk beslissingen inzake samenwerking tot stand komen: is een geslaagde samenwerking een product van (bijna) alle werkers gezamenlijk, of wordt het proces in feite gedragen, gestuurd en gecontroleerd door een klein aantal invloedrijke personen?

3.3. Huisartsenlaboratoria.

Van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zal een verzoek worden ontvangen mee te werken aan een onderzoek naar de serviceverlening van huisartsenlaboratoria (in casu de laboratoria te Amsterdam en Groningen).

Doel van dit onderzoek zou moeten zijn het treffen van een vergelijking (waar mogelijk) tussen diagnostisch centrum en huisartsenlab.

Het NHI heeft inmiddels als zijn mening te kennen gegeven dat een vergelijking tussen diagnostisch centrum en huisartsenlab., gegeven de verder niet zonder meer vergelijkbare locaties waar één en ander zich afspeelt, niet wel mogelijk is. Het NHI zou zich dan ook gaarne beperken tot een kort onderzoek, waarbij vooral de service (o.a. snelheid van berichtgeving) van de huisartsenlaboratoria onderzocht wordt. Over dit onderzoek zullen echter nog enkele besprekingen met het Ministerie gevoerd moeten worden.

3.4. Lelystad.

Over enige jaren (rond mei 1982) zal te Lelystad een ziekenhuis geopend worden; de plaats heeft er op het ogenblik geen. Te verwachten is dat een dergelijke sprongsgewijze uitbreiding van de aanwezige voorzieningen ingrijpende consequenties zal hebben voor de patiëntenstromen. De factor "afstand tot dichtstbijzijnde ziekenhuis", altijd een zeer belangrijke variabele ter verklaring van de hoogte van het verwijscijfer, verandert plotseling van ongeveer 20 kilometer tot vrijwel nul. Deze situatie levert unieke mogelijkheden op om onder andere de "werking" van de factor afstand te bestuderen. Dat de verwijscijfers zullen stijgen lijkt wel zeker, minder duidelijk is echter wie voor die stijging in eerste instantie "verantwoordelijk" moet worden gehouden. De huisartsen (die zouden dan in de huidige situatie en zeker gemis aan specialistische zorg moeten ervaren), de patiënten (zie wat hiervoor gezegd is over het veranderen van raadpleegnormen onder invloed van een wijziging in de voorzieningen), of de specialisten (voor wie het leven zonder verwezen patiënten natuurlijk niet zo aangenaam is). Voor het beantwoorden van een dergelijke vraag is een longitudinale opzet het meest aangewezen.

Meer in het algemeen kan gesteld worden dat een nauwkeurige bestudering van de wijze waarop het in de organisatie van de gezondheidszorg verstoorde evenwicht hersteld wordt zeer veel inzicht kan opleveren over de aan de patiëntenstromen ten grondslag liggende mechanismen.

Voor een groot deel kan hierbij een benadering worden gekozen die overeenkomst vertoont met die te Hoogeveen. Enerzijds dus aandacht voor een betrouwbare beschrijving van de voorzieningen en de patiëntenstromen als zodanig, anderzijds nadruk op het tot stand komen van beslissingen (uiteeraard met name waar het de competentie-afbakening van huisarts en specialist betreft), en voor het tot stand komen van controlemechanismen.

4. Fasering, bemanning, samenwerking, financiering.

Dat werkzaamheden op het gebied van de relatie tussen eerste en tweede lijn verricht zouden moeten worden in nauwe samenwerking tussen een eerstelijnsinstituut (NHI) en een tweedelijnsinstituut (NZI) ligt nogal voor de hand. Waar de totale lokale gezondheidszorg object van studie is ligt eveneens samenwerking met het NIPG (waar vrij ruime ervaring op het gebied van regionalisatie bestaat) evenzeer voor de hand. Het project Hoogeveen wordt door de drie instituten gezamenlijk ondernomen. De werkzaamheden aan het onderzoek Diagnostisch Centrum Oudenrijn worden uitgevoerd door NZI en NHI gemeenschappelijk. Het project Huisartsenlaboratoria zal door het NHI alleen gedaan worden. Het werk inzake het onderzoek Lelystad is nog in een zeer pril stadium; niettemin lijkt intensieve samenwerking met in ieder geval het NZI noodzakelijk. Het lijkt ons een nuttige en vruchtbare zaak om de samenwerking met het NZI niet te beperken tot incidentele projecten, maar om een permanent samenwerkings- en overlegkader tussen de beide instituten in het leven te roepen. De eerste stappen daarvoor zijn gezet door het voorstel om voor het project Oudenrijn een "interne" begeleidingscommissie in te stellen met vertegenwoordigers van de beide instituten, met een proces- en voortgangsbewakende functie. Door dezelfde groep in dezelfde functie te laten werken bij het project Hoogeveen (en in een later stadium bij het Lelystadse onderzoek) kan een garantie geschapen worden dat niet alleen de onderzoekers van ieder onderzoek goed samenwerken, maar wordt tevens de wederzijdse stimulering van onderzoekers aan verschillende projecten bevorderd. Naarmate de werkzaamheden zich meer gaan ontwikkelen in de richting van regionalisatie zal meer behoefte gevoeld worden ook het NIPG in deze commissie op te nemen.

Voor de projecten 3.1. tot en met 3.3. is de financiering in handen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Voor het project Lelystad zal nog een financiering gezocht moeten worden (uiteraard nadat de onderzoeksplannen geconcretiseerd zijn).

Fasering en bemanning:

- Diagnostisch Centrum Oudenrijn: start 1 mei 1979, duur 3 jaar
 bemanning: - onderzoeker
 - 1-7-'79 - 1-7-'82 4 dagen per week
 - 1 dag per week overhead
- basiseenheidcoördinator
 - 1-5-'79 - 31-12-'79 2 dagen per week
 - 1-1-'80 - 1-7-'82 1 dag per week
- administratief medewerkster
 - 1-9-'79 - 1-7-'82 2½ dag per week
- Project Hoogeveen: start eerste deel vervolgonderzoek: 1 september 1979
 duur ½ jaar
 start longitudinaal onderzoek: 1 maart 1980
 duur 3 jaar
 bemanning: - onderzoeker eerste deel
 - 1-9-'79 - 1-3-'80 4 dagen per week
 - 1 dag per week overhead
- onderzoeker tweede deel vervolgonderzoek
 - 1-3-'80 - 1-3-'83 4 dagen per week
 - 1 dag per week overhead
- basiseenheidcoördinator
 - 1-7-'79 - 1-10-'79 2 dagen per week
 - 1-10-'79 - 1-3-'83 1 dag per week
- administratieve ondersteuning
 - . sekretaresses basiseenheid
 - 1-9-'79 - 1-3-'80 1½ dag per week
 - . administratief medewerkster
 - 1-3-'80 - 1-3-'82 aantal dagen hangt af van uitwerking onderzoeksopzet
- Huisartsenlaboratoria: start januari 1980, duur 4 maanden
 bemanning: - onderzoeker (student assistent)
 - 1-1-'80 - 1-5-'80 2½ dag per week
- basiseenheidcoördinator
 - 1-10-'79 - 1-5-'80 ½ dag per week
- administratieve ondersteuning
 - . sekretaresses basiseenheid
 - 1-1-'80 - 1-5-'80 ½ dag per week

- Project Lelystad: start 1-5-'80, duur 4 jaar

bemannings: - onderzoeker

1-5-'80 - 1-5-'84	4 dagen per week
	1 dag per week overhead

- basiseenheidcoördinator

1-9-'79 - 31-12-'79	1 dag per week
1-1-'80 - 1-5-'80	1½ dag per week
1-5-'80 - 31-12-'80	2 dagen per week
1-1-'81 - 1-5-'84	1 dag per week

- student assistent

1-9-'80 - 1-5-'84	2½ dag per week
-------------------	-----------------

- administratieve ondersteuning

1-7-'80 - 1-5-'84	2½ dag per week
-------------------	-----------------

In de bovenstaande raming van de benodigde mankracht is geen rekening gehouden met research-assistentie, en evenmin met werkstudenten.

SCHEMATISCH OVERZICHT PERSONELE BEZETTING

	Diagnostisch Centrum Oudenrijn	Hoogeveen	Huisartsenlaboratorium	Lelystad	Overhead
1979	b.e.c. 2 dagen (af 1/7) ond. 4 dagen (af 1/5) s./a. 2½ dag (af 1/9) werkstudenten 880 uur	b.e.c. 2 dagen (1/7-1/10) 1 dag (af 1/10) ond. 4 dagen (af 1/9) s./a. 1½ dag (af 1/9) werkstudenten 100 uur	b.e.c. ½ dag (af 1/10)	b.e.c. ½ dag (af 1/10)	b.e.c. 1 ond. 1
1980	b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen s./a. 2½ dag werkstudenten 600 uur	b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen s./a. 1½ dag werkstudenten P.M.	b.e.c. ½ dag (tot 1/5) ond. 2½ dag (tot 1/5) s./a. ½ dag (tot 1/5) werkstudenten P.M.	b.e.c. 1½ dag (tot 1/5) 2 dagen (af 1/5) ond. 4 dagen (af 1/5) st.-ass. 2½ dag (af 1/9) s./a. 2½ dag (af 1/7) werkstudenten P.M.	b.e.c. 1 ond. 1
1981	b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen s./a. 2½ dag werkstudenten 600 uur	b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen s./a. 1½ dag werkstudenten P.M.		b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen st.-ass. 2½ dag s./a. 2½ dag werkstudenten P.M.	b.e.c. 2 ond. 1
1982	b.e.c. 1 dag (tot 1/7) ond. 4 dagen (tot 1/7) s./a. 2½ dag (tot 1/7)	b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen s./a. 1½ dag werkstudenten P.M.		b.e.c. 1 dag ond. 4 dagen st.-ass. 2½ dag s./a. 2½ dag werkstudenten P.M.	b.e.c. 2 (tot 1 3 (af 1/ ond. 1

1983

b.e.c. 1 dag (tot 1/3)
ond. 4 dagen (tot 1/3)
s./a. 1½ dag (tot 1/3)

b.e.c. 1 dag
ond. 4 dagen
st.-ass. 2½ dag
s./a. 2½ dag
werkstudenten P.M.

1984

b.e.c. 1 dag (tot 1/5)
ond. 4 dagen (tot 1/5)
st.-ass. 2½ dag
s./a. 2½ dag
werkstudenten P.M.

b.e.c. = basiseenheidcoördinator
ond. = onderzoeker
s./a. = secretaresse/administratief medewerkster
st.-ass= student-assistent

