

## EEN ANALYSE VAN GEMEENTELIJKE BELEIDSNOTA'S OP HET TERREIN VAN DE EERSTELIJS(GEZONDHEIDS)ZORG

29

M. J. P. Wulms

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

In opdracht van het ministerie van WVC wordt een onderzoeksproject uitgevoerd waarin de vraag centraal staat welke activiteiten gemeenten ontplooiën ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg (elgz) en hoe invulling wordt gegeven aan bevoegdheden waarover ze in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (zullen) beschikken. Het is een gegeven dat gemeenten sinds geruime tijd nota's uitbrengen op het terrein van de elgz of meer in het algemeen met betrekking tot gezondheids- of welzijnszorg. Ter voorbereiding van een landelijk te houden enquête onder gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden, wordt onder meer een analyse van gemeentelijke nota's uitgevoerd. Deze analyse zal naar verwachting in november 1986 afgerond zijn.

Uitgangspunt van de analyse is de gedachte dat een gemeentelijke nota binnen een bepaalde context tot stand komt. De verwachting is dat het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de elgz in meer of mindere mate de totstandkoming en de inhoud van gemeentelijke nota's beïnvloedt. Dit beleid, tot uiting komend in rijksnota's en wet- en regelgeving, wordt derhalve als een referentiekader gehanteerd. In het besef dat het beleid geen constante is en dat er in de loop der tijd sprake is van bepaalde ontwikkelingen in visie en wet- en regelgeving, is een indeling gemaakt in een viertal perioden. Iedere afzonderlijke periode is zodanig van de daaropvolgende afgegrensd, dat die min of meer op zichzelf staat en daarmee een klimaat vormt waarbinnen gemeentelijke nota's verschijnen en waaruit een gemeente mogelijkheden voor een eigen beleid heeft kunnen putten. De eerste

periode begint met het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 en de laatste eindigt begin 1986.

De door ons verzamelde nota's (ruim veertig) worden aan de hand van de volgende vraagstellingen gekarakteriseerd:

1. Op welk terrein van zorg richt de nota zich, met andere woorden; wat is de werkingssfeer?
2. Wat is de aanleiding of het motief voor de gemeente geweest om de nota op te stellen?
3. Wat is de algemene inhoudelijke strekking van de nota?
4. Welke functie heeft de nota?
5. Welke voorwaarden zijn nodig c.q. welke beperkingen zijn er ten aanzien van de effectivering van de nota?

De binnen een bepaalde periode uitgebrachte nota's worden vervolgens op grond van hun kenmerken in onderlinge samenhang beschouwd. Tot slot wordt bekeken of er op bovenstaande punten ook overeenkomsten c.q. verschillen optreden tussen de onderscheiden perioden.

Het geven van een karakteristiek is een simplificatie van de vaak complexe inhoud van een nota. In de onderhavige opzet hebben we echter, zoals duidelijk moge zijn, het belang van het beschouwen van een verzameling gemeentelijke nota's boven een meer volledig begrip van, daardoor ook in aantal beperkt te houden, individuele nota's geplaatst.

Uiteindelijk zal de analyse vanuit een tijdsperspectief inzicht verschaffen in wat er zich op lokaal beleidsniveau afspeelt en de wijze waarop de gemeente zich als bestuursorgaan ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg opstelt.

## DE RELATIE TUSSEN INTRA- EN INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING EN VERWIJZINGEN NAAR DE SPECIALIST

42

D. Wijkkel

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

In het onderzoek 'Samenwerken en verwijzen' dat in opdracht van de Ziekenfondsraad door het Nivel is uitgevoerd is duidelijk komen vast te staan dat de verschillen in verwijscijfers tussen artsen in gezondheidscentra en andere huisartsen niet verklaard kunnen worden uit factoren die niets met de werkwijze van de huisartsen te maken hebben, zoals de patiëntenpopulatie en de afstand tot een ziekenhuis. Men zou daaruit de conclusie kunnen trekken dat het verschil een gevolg is van de samenwerking tussen huisartsen en de samenwerking van huisartsen met andere disciplines.

In het onderzoek is een poging gedaan het mechanisme achter die relatie te beschrijven; tevens is de samenwerking op een aantal manieren gemeten en in verband gebracht met de hoogte van verwijscijfers. De gebruikte indicatoren zijn ondermeer de hoeveelheid overleg, de onderlinge consultatie en de afstemmingen van werkgebieden van hulpverleners in de eerste lijn.

Uit de resultaten komt een wisselend beeld naar voren: Tussen de hoeveelheid overleg en de hoogte van verwijscij-

Tabel. Gemiddelde verwijscijfers, gecorrigeerd voor regio, urbanisatiegraad, afstand tot ziekenhuis, specialistenratio, aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk, gemiddelde leeftijd van die patiënten en een taakopvattingsschaal

	Gemiddeld verwijscijfer	N
Solopraktijk		
weinig onderlinge consulten	468	182
veel onderlinge consulten	514	79
Duo praktijk		
weinig onderlinge consulten	471	24
veel onderlinge consulten	466	75

F = 4,02 p < 0,01

fers bijvoorbeeld, bestaat geen simpele lineaire relatie. Het lijkt erop dat de organisatorische voorwaarden, zoals de formele samenwerking in een duopraktijk van doorslaggevende betekenis zijn. De onderstaande tabel laat duidelijk zien, dat onderlinge consultatie in duopraktijken wel een relatie met lagere verwijscijfers heeft, maar in solopraktijken lijkt juist het tegenovergestelde het geval te zijn.