

1 WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER?

R.A. Verheij, F. van der Lucht, A.E.M. de Hollander, H. Verkleij

De gezondheid van de bewoners van de grote steden is in het algemeen minder goed dan die van de rest van de Nederlandse bevolking. Dit verschil wordt vooral veroorzaakt door de achterblijvende gezondheid van bewoners van zogenoemde achterstandswijken. Bij het bestrijden van de gezondheidsachterstanden is een belangrijke rol weggelegd voor preventie en facetbeleid om de sociale en fysieke leefomstandigheden te verbeteren en gezond gedrag te bevorderen. Het grotestedenbeleid kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren, omdat daarin de samenwerking tussen maatschappelijke sectoren centraal staat (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Verschillen in de toegankelijkheid of kwaliteit van de zorg zijn niet de primaire bron voor verschillen in gezondheid. Wel kan de gezondheidszorg een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheidstoestand door versterking en kwaliteitsverbetering van de zorg in achterstandswijken en het bewaken van de toegankelijkheid ervan (Programmacommissie SEGV-II, 2001). Het belang hiervan wordt onderstreept door de Zorgnota 2003: 'om de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg op langere termijn te waarborgen, dient de samenwerking te worden verbeterd, vooral op die plaatsen waar de totstandkoming van een adequate infrastructuur problematisch is (VINEX locaties, binnensteden)' (VWS, 2002a).

In de media is de laatste jaren veel aandacht voor personeelstekorten in de zorg. Er zijn landelijke tekorten aan huisartsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden. Er zijn signalen dat deze problemen zich in de grote steden sterker doen voelen dan elders, en dan vooral in de zogenaamde achterstandsgebieden. In dit rapport gaan we na in hoeverre dit voor de huisartsen en voor verpleegkundigen en verzorgenden het geval is, en in welke mate.

In veel discussies blijkt het moeilijk om de omvang van zorgproblemen in grote steden in maat en getal uit te drukken. Is het tekort aan huisartsen er inderdaad groter? Zijn wachtlijsten voor de thuiszorg er inderdaad langer? In hoeverre is er inderdaad een gebrek aan samenhang tussen verschillende vormen van zorgverlening, juist in de grote steden? Als die problemen er dan inderdaad zijn, leiden ze dan (ook op dit moment al) tot een geringere toegang en gebruik van zorg in de grote steden? En welke ervaringen en verwachtingen hebben stadsbewoners ten aanzien van de zorg? Deze en andere vragen komen in dit rapport aan de orde.

Vraagstelling

In dit themarapport zal achtereenvolgens worden ingegaan op de volgende vragen:

1. Is er in de grote steden sprake van een geringere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, en is de zorg afgestemd op de behoefte van de bevolking?

2. Welke ontwikkelingen in de aansluiting tussen vraag en aanbod in de zorg staan ons nog te wachten?
3. Welk beleid is gevoerd en welke instrumenten worden ingezet ter verbetering van de gezondheidszorg in de grote steden en wat zijn de (mogelijke) effecten hiervan?

Afbakening

Nadruk op eerstelijnsgezondheidszorg en op samenwerking

De nadruk ligt in dit rapport op de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit is ingegeven door de wens in te gaan op de omvang en aard van problemen die 'gewone mensen' in de grote steden ondervinden als het gaat om het krijgen van zorg. Bovendien willen we vooral ingaan op de gezondheidszorg die het dichtst bij de mensen aanwezig is. Juist de eerstelijnszorg vangt in de (achterstands)wijk immers het grootste deel van de gezondheidsklachten op. Een tweede accent ligt op de samenwerking tussen sectoren in de zorg: preventie, cure, care en welzijn. De reden daarvoor ligt in de grotere samenhang van gezondheidsklachten met psychosociale en maatschappelijke problemen bij achterstandsgroepen in de stad. Vanwege de kenmerkende aanwezigheid van dak- en thuislozen en verslaafden komen ook de maatschappelijke opvang en verslavingszorg op een aantal plaatsen aan de orde, maar deze vormen niet het centrale thema van dit rapport.

Grote steden en achterstandsgebieden

Het begrip grote stad wordt in dit rapport op verschillende manieren ingevuld. Dit is het gevolg van de beschikbare data en van de resultaten van analyses. *Bijlage 7* bevat een overzichtskaart met alle 35 grote steden in Nederland met vermelding van hun deelname aan het grotestedenbeleid. In *bijlage 8* staan de indeling naar stedelijkheidsgraad en een aantal statistische bevolkingskenmerken van deze steden: omvang bevolking en het percentage jongeren, ouderen, niet-westers allochtonen en arbeidsongeschikten. Het rapport beperkt zich dus niet tot de vier grootste steden, hoewel daar wel een groter accent op ligt.

Voor zover mogelijk en relevant wordt speciale aandacht besteed aan achterstandsgebieden binnen de grote steden. Dit zijn gebieden waar relatief veel mensen wonen met een laag inkomen, een laag opleidingsniveau en/of zonder werk. In dit rapport wordt in de analyses over de beschikbaarheid van huisartsen de indeling van de Landelijke Huisartsen Vereniging gebruikt. Die bevat een achterstandsscore op het niveau van postcodegebieden, die gebaseerd is op het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage allochtonen, het percentage mensen zonder werk en het aantal adressen per vierkante kilometer (de omgevingsadressendichtheid) (Den Dulk et al., 1992; Verheij et al., 1998).

Niet altijd staan gegevensbronnen het toe om specifieke ruimtelijke analyses te maken van de achterstandsgebieden in de grote steden. In die gevallen is er voor gekozen om in te 'zoomen' op de groepen die er wonen: mensen met een lage sociaal-economische status of allochtonen. Om hen gaat het vooral in achterstandswijken. Dit

gebeurt bijvoorbeeld in de paragrafen over gezondheid, zorggebruik en verwachtingen van patiënten. In andere gevallen spelen problemen op een hoger ruimtelijk niveau dan de achterstandswijk, zoals bij de arbeidsmarkt in de zorgsector of bij zorgverlening door ziekenhuizen, die vaak een regionale functie hebben.

Toegankelijkheid van zorg

De kernbegrippen in de vraagstellingen zijn toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Beide begrippen zijn moeilijk eenduidig te definiëren (Smits et al., 2002). Wij hantieren de volgende definitie voor *toegankelijkheid*: “er is sprake van toegankelijke zorg als personen die zorg behoeven, zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening”.

Drempels kunnen bestaan uit financiële belemmeringen, een grote geografische afstand tot zorgvoorzieningen, het ontbreken van voorzieningen en wachtlijsten, maar ook uit culturele drempels in het geval patiënten niet weten waar ze terecht kunnen of géén beroep doen op de zorg omdat ze op voorhand het gevoel hebben niet goed geholpen te zullen worden. Het begrip toegankelijkheid in dit rapport heeft vooral betrekking op de vraag of de gezondheidszorg in die brede zin goed bereikbaar is. Of mensen (uiteindelijk) daadwerkelijk gebruik maken van de zorg, vormt geen goede aanwijzing voor de bereikbaarheid omdat het geen inzicht geeft in de drempels die genomen zijn. Maar als een bevolkingsgroep veel minder zorg gebruikt dan een andere, dan wordt dit gewoonlijk opgevat als een aanwijzing voor een toegankelijkheidsprobleem, vooral als er geen verschillen in gezondheid zijn (of daarmee in de analyses rekening wordt gehouden) en er geen goed alternatief voor die zorg beschikbaar is.

Kwaliteit van zorg

Het is natuurlijk niet alleen van belang óf men zorg krijgt, maar ook of dat wel de juiste zorg is, dat wil zeggen zorg van goede kwaliteit. Een belangrijke maatstaf voor de kwaliteit is het uiteindelijke resultaat van die zorg (de uitkomst). Er zijn echter weinig gegevens over verschillen in de resultaten van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen. Een alternatief is na te gaan of de gegeven zorg in overeenstemming is met de wensen en verwachtingen van de patiënt en voldoet aan de kwaliteitseisen van de zorgverleners. Deze laatste benadering wordt in dit rapport gevolgd.

We hanteren als definitie van *kwaliteit*: “de mate waarin patiënten tevreden zijn over de zorg die zij (kunnen) krijgen en zorgverleners tevreden zijn over de zorg die zij geven”. Deze definitie omvat aspecten van toegankelijkheid, bejegening en resultaat van de zorg.

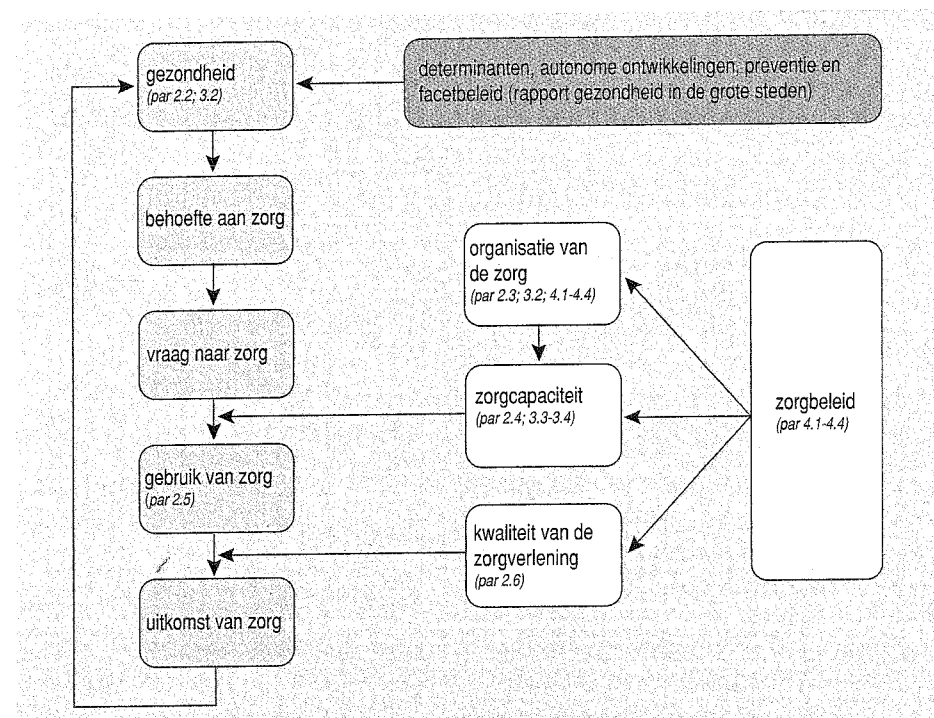
Conceptueel model

Figuur 1.1 geeft in vereenvoudigde vorm het conceptuele model weer dat in dit rapport wordt gehanteerd. Het geeft tevens inzicht in de opbouw van het rapport. Centraal staan het zorgproces en de factoren die daarop van invloed zijn.

Onderzoek naar de toegankelijkheid van gezondheidszorg kan ruwweg in twee soorten worden ingedeeld. De eerste soort onderzoekt de vraag: wie heeft welke zorg daadwerkelijk gekregen? Daarbij wordt nagegaan welke factoren van invloed zijn op het feitelijk gebruik van de feitelijk geleverde zorg. Dit noemt men ook wel onderzoek naar *gerealiseerde toegankelijkheid*. In de paragrafen over wachtlijsten en zorggebruik staat de gerealiseerde toegankelijkheid centraal. De tweede soort onderzoekt de beschikbaarheid van zorg, de organisatie van de zorg of het gezondheidszorgbeleid zonder daarvan de effecten op het feitelijk gebruik na te gaan. Dit noemt men ook wel onderzoek naar *potentiële toegankelijkheid*. Onder andere de paragrafen die de capaciteitstekorten behandelen, gaan in op de potentiële toegankelijkheid (zie figuur 1.1).

Aanpak

Dit rapport geeft een *state of the art* van de relevante kennis over de zorg in de grote steden, zowel over de toegankelijkheid en de kwaliteit ervan, als over het gevoerde of te voeren beleid. Het rapport beoogt enerzijds een overzicht te geven van wat uit de recente literatuur bekend is over de zorg in de grote steden. Anderzijds wordt getracht relevant onderzoeksmateriaal dat recent beschikbaar is gekomen te analyseren vanuit een grootstedelijk perspectief. Een groot aantal auteurs van verschillende onderzoeksinstituten heeft bijgedragen aan dit rapport, die elk ingaan op een specifiek aspect van de gezondheidszorg in de grote steden.



Figuur 1.1: Schematische weergave van het zorgproces en de factoren die daarop van invloed zijn.

Bruikbaarheid voor beleid

De problematiek rond de zorg in de grote steden is het gevolg van zowel algemeen landelijke als specifiek grootstedelijke ontwikkelingen in de gezondheid en de zorg. Het omvat daarmee een groot aantal inhoudelijke en bestuurlijke beleidsdossiers. In overleg met de beleidsadviesgroep van de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) die de totstandkoming van dit rapport begeleidde, is gekozen voor een selectie van onderwerpen die ofwel urgente landelijke of stedelijke problemen betreffen, ofwel sterk in de publieke belangstelling staan, ofwel vanuit de specifieke grotestadsproblematiek niet mogen ontbreken. Dan gaat het om: de arbeidsmarktproblematiek rond tekorten aan huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, de organisatie van de eerstelijnszorg, de relatie tussen de eerstelijnszorg en de zorg voor marginale groepen, de interculturalisatie van de zorg, de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en de samenhang tussen zorg en welzijn.

Bestuurlijk gaat het om de relatie tussen zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. In dit rapport ligt het accent op wat deze partijen kunnen doen met als uiteindelijk doel de verbetering van de gezondheidstoestand van de bewoners van de steden. De nadruk ligt daarbij op de lokale overheid (gemeente) en de landelijke overheid (Ministerie VWS, Grotestedenbeleid) en hun onderlinge relatie, maar ook op de relatie met de andere partijen. Daarbij komt ook het bestuurlijke spanningsveld naar voren tussen de rol van gemeenten en zorgverzekeraars.

Zoals een WRR-rapport over Gezondheid in de vier grote steden uit 1989 constateerde, is het onderwerp erg breed en zijn over lang niet alle onderdelen van de zorg in de grote stad voldoende gegevens beschikbaar (Garretsen & Raat, 1989). Dat geldt ook nu nog, al is er op een aantal terreinen meer gegevens beschikbaar gekomen in de vorm van landelijke statistieken op gemeentelijk of zelfs postcodegebied, en in de vorm van lokale gezondheidsmonitors. Daarnaast verbreedt dit rapport het onderwerp - en daarmee de problemen rond de beschikbaarheid van gegevens - van de zorg in de vier grote steden naar de zorg in alle steden in Nederland. Dit is gedaan vanuit de gedachte die ook aan het grotestedenbeleid ten grondslag ligt, dat veel van de problemen in de (achterstandswijken van de) vier grote steden ook in andere steden aanwezig zijn, zij het vaak in mindere mate.

Niet alle gestelde vragen kunnen vanwege de breedte van het onderwerp en het ontbreken van gegevens daarom even diepgaand en bevredigend beantwoord worden. Door aan te geven wat wel en wat niet op basis van wetenschappelijk onderzoek bekend is, beoogt dit rapport een zinvolle bijdrage te leveren aan de beleidsdiscussies op een aantal actuele onderwerpen.

Opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 beoogt een overzicht te geven van de aard en omvang van de problemen in de zorg in de grote steden. In *hoofdstuk 3* werpen we een blik in de toekomst en trachten we uitspraken te doen over de vraag hoe problemen met de zorg in de grote steden zich de komende jaren zullen ontwikkelen. We focussen dan met name op de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod in de toekomst. Met *hoofdstuk 4* beogen we een overzicht te geven van het beleid van verschillende actoren in de gezondheidszorg, met name de rijksoverheid en gemeenten, maar ook de zorgaanbieders en zorgverzekeraars komen daarbij aan bod. *Hoofdstuk 5* geeft aanbevelingen voor beleid en onderzoek.