NATIONALE
RAAD VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID

Een onderzoek in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid

NAAR EEN STERKERE EERSTE LIJN?

Deel 4: eindrapport

P.P. Groenewegen
E.M. Sluijs

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Maart 1988

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

INHOUD pag.

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7

2. BELEIDSMAATREGELEN EN VELDINITIATIEVEN TER VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN 9
   2.1. Inleiding 9
   2.2. Decentralisatie en regionalisering 9
   2.3. Echelonnering 12
   2.4. Versterking van de eerste lijn 16

3. VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN: BELEIDSDOELEN EN MOTIVERING VOOR DE BELEIDSVOORNEMENS 18

4. EEN ANALYSE VAN HET BELEID VANUIT DE ACHTERLIGGENDE DOELEN SUBSTITUTIE EN PREVENTIE 23
   4.1. Substitutie 23
   4.2. Preventie 34

5. SLOTBESCHOUWING 40

VOORWOORD

Voor u ligt het laatste uit een serie rapporten die verslag doen van een onderzoek dat door het NIVEL uitgevoerd is in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In de loop van het onderzoek heeft regelmatig overleg plaatsgevonden met het secretariaat van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in de persoon van mevrouw mr. P. Fontein en de heer P. van Leeuwen, arts. Wij danken hen voor hun kritische bijdragen aan de rapporten.
Binnen het NIVEL is door een groot aantal medewerkers bijgedragen aan de discussies rond de verschillende rapporten. Voor zover hun bijdrage aan het onderzoek niet blijkt uit het auteurschap van de rapporten, willen wij hen hier graag noemen: drs. D. de Bakker, drs. W.G.W. Boerma, dr. L. Hingstman, drs. T.J.J.M.T. Kersten, drs. L. Peters, dr. P. Verhaak, drs. J. Visser, dr. D. Wijkel en dr. J. van der Zee.

1. INLEIDING

Dit is het eindrapport van een drietal onderzoeken rond het thema 'versterking van de eerste lijn' die in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid door het NIVEL zijn verricht. In deze onderzoeken is de versterking van de eerste lijn vanuit drie invalshoeken bekeken: het Nederlandse overheidsbeleid en de resultaten daarvan worden in het eerste rapport beschreven; buitenlandse ervaringen met versterking van de eerste lijn staan in het tweede rapport centraal en in het derde rapport wordt ingegaan op de initiatieven die het veld zelf ontwikkeld heeft om de eerste lijn te versterken. De conclusies uit deze drie rapporten worden in dit eindrapport nog eens op een rijtje gezet en met elkaar in verband gebracht. De centrale vraag daarbij is: Wat leren ons de ervaringen van de afgelopen jaren aangaande de versterking van de eerste lijn en welke maatregelen ter versterking van de eerste lijn hebben kans van slagen gelet op ervaringen in het verleden.
De indeling van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 is een samenvatting van de drie verrichte onderzoeken. Hierin wordt beschreven welke maatregelen in binnen- en buitenland genomen zijn om de eerste lijn te versterken en wat daarvan terecht gekomen is. Het gaat daarbij kortweg om de vraag welke maatregelen zijn wel en welke niet uitgevoerd en wat was de oorzaak van het feit dat een aantal maatregelen niet geëffectueerd is. Bij de maatregelen die wèl geëffectueerd zijn, gaat het erom of deze maatregelen inderdaad tot het beoogde doel hebben geleid. Tenslotte zijn maatregelen middelen om achterliggende doelen te bereiken zoals bijvoorbeeld praktijkverkleining van de huisarts een middel is om een betere hulpverlening te bewerkstelligen en geen doel op zich is. Een nadere beschouwing van deze achterliggende doelen zoals die de afgelopen jaren in beleidsnota's verwoord zijn, is dan ook het onderwerp van hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 wordt nagegaan in hoeverre de genomen maatregelen de realisering van de achterliggende doelen naderbij gebracht heeft. De vraag hierbij is welke factoren of welke tegenkrachten ervoor gezorgd hebben dat in een aantal gevallen het beoogde doel niet of maar ten dele bereikt is. Belangen van beroepsgroepen en ook wel van patiënten blijken strijdig met een aantal beleidsdoelen, zo wordt in hoofdstuk 4 geconstateerd, en ook blijken collectieve en individuele belangen niet altijd verenigbaar.

Het rapport wordt besloten met een aantal discussiepunten die mogelijk voor het toekomstige beleid in de eerste lijn van belang zijn.
Er is bij de samenstelling van dit laatste rapport voor gekozen om geen literatuurverwijzingen in de tekst op te nemen. Het karakter van dit rapport is enerzijds samenvattend en voor zover het dat is zijn de relevante literatuurverwijzingen in de deelrapporten te vinden; anderzijds is het karakter van dit rapport beschouwend, waarbij zo veel afstand van concrete onderzoeksresultaten genomen wordt, dat het gebruik van uitgebreide literatuurverwijzingen kunstmatig zou aandoen.

2. BELEIDSMAATREGELEN EN VELDINITIATIEVEN TER VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN

2.1. Inleiding

In het begin van de jaren zeventig heeft in Nederland een heroriëntatie plaatsgevonden van het beleid op het gebied van de gezondheidszorg. De sterk stijgende kosten, vooral van de intramurale sector noopte tot herbezinning.
In dezelfde periode heeft in drie andere Europese landen die in het kader van deze studie bestudeerd zijn (Engeland, Finland en Denemarken) een herstructurering van de gezondheidszorg plaatsgevonden, in het ene land ingrijpender dan in het andere. De maatregelen die in Nederland voorgesteld werden, lagen op het gebied van regionalisering en decentralisatie, echelonnering en versterking van de eerste lijn. Welke maatregelen dit waren, in hoeverre deze maatregelen gerealiseerd zijn en wat het veld van de gezondheidszorg heeft bijgedragen door initiatieven, is in de drie voorafgegane studies beschreven. We zullen de belangrijkste conclusies hieruit per onderwerp kort weergeven.

2.2. Decentralisatie en regionalisering

In Nederland werd in de Structuurnota van 1974 voorgesteld om planning en besturing van de gezondheidszorg niet meer alleen op landelijk maar ook op regionaal niveau te laten plaatsvinden. De regio's zouden zelf verantwoordelijkheid gaan dragen voor een goed functionerende gezondheidszorg in hun gebied binnen landelijk gestelde normen. Een gebiedsindeling was hiervoor vereist waarbij het voor de hand lag om aan te sluiten bij de gewestvorming die toen op stapel stond. Toen de gewestvorming niet door bleek te gaan (we stappen met zevenmijlslaarzen door de geschiedenis), koos men het niveau van de gemeente of samenwerkende gemeenten om de regionalisering en decentralisatie voor wat betreft de eerste lijn vorm te geven. De provincies en gemeenten werden met de nieuwe gebiedsindeling belast en de wetgeving zou aangepast worden om decentrale planning en uitvoering formeel te regelen. Begin 1983 lijkt alles volgens plan te verlopen. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Kaderwet Specifiek Welzijn zijn inmiddels ontwor-

pen en in proefregio's wordt met de invoering hiervan geëxperimenteerd. Ook in de rest van het land wordt op de invoering van de WVG geanticipeerd door onderhandelingen over de gebiedsindeling. Echter, nog in 1983 wordt de Kaderwet Specifiek Welzijn ingetrokken en wordt besloten de WVG om te vormen tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, een wet die in 1986 weer wordt ingetrokken. De WVG lijkt, gezien het standpunt van het kabinet over de plannen van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, eenzelfde lot beschoren. Is de wetgeving als mislukt te beschouwen en daarmee ook de basis voor decentralisatie en regionalisering, de voorbereidende activiteiten hebben wel enig resultaat op onderdelen van de herstructurering opgeleverd. Er is een concept gebiedsindeling tot stand gekomen die planning van voorzieningen op regionaal niveau mogelijk moet maken. Een nog niet opgelost probleem hierbij is het feit dat de bestuurlijke grenzen in een aantal gevallen niet overeenkomen met de functionele indeling wat betreft het gebruik van voorzieningen. Op dit moment zijn er bijvoorbeeld nog 55 gemeenten waarvan de bevolking voor meer dan de helft georiënteerd is op een ziekenhuis buiten de WVG-regio. Een tweede probleem is gelegen in het feit dat de activiteiten van de eerstelijnsdisciplines noch op deze gebiedsindeling, noch op elkaars gebieden afgestemd zijn. Hoewel de reorganisatie van het Kruiswerk en van de instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk en Gezinsverzorging zeker een stap in de goede richting genoemd mag worden, heeft nog ongeveer eenvijfde van deze instellingen werkgebieden die de WVG/WGR grenzen overschrijden.
Voor de huisartsen geldt dat de bestuurlijk-organisatorische indeling van de beroepsgroep niet samenvalt met de gebiedsindeling die voor de uitvoering van het vestigingsbesluit gehanteerd wordt. Het vestigingsbesluit heeft betrekking op de plaats van vestiging van de huisarts en niet op het werkgebied, zodat grensoverschrijdende patiëntenstromen voorkomen. De gebiedsindeling en onderlinge afstemming van voorzieningen kan dus nog alles behalve ideaal genoemd worden.

Decentralisatie is maar in zeer beperkte mate gerealiseerd. Hoewel de gemeenten zo rond 1980 bereidwillig inspeelden op de nieuwe bevoegdheden die zij in het kader van de WVG zouden krijgen - zo blijkt uit de vele gemeentelijke beleidsnota's uit die tijd - is in feite alleen het Algemeen Maatschappelijk Werk gedecentraliseerd naar gemeentelijk niveau en bij de gezinszorg is de decentralisatie beperkt tot de KSW-proefgemeenten en de vier grote

steden. In deze gevallen is er sprake van decentralisatie in de eigenlijke zin van het woord: er heeft een overdracht van bevoegdheden plaatsgevonden van de hogere naar de lagere overheid. Daarnaast vormt het vestigingsbesluit van huisartsen een uitbreiding van de gemeentelijke bevoegdheden, maar geen overdracht van bevoegdheden van de hogere overheid naar de gemeenten.
Een geïntegreerde planning en besturing op regionaal niveau inclusief de daarbij horende financiering is niet gelukt. In de landen die in het kader van de internationale vergelijking (in het tweede deelrapport) bestudeerd zijn, zijn meer successen geboekt, maar de uitgangspositie was daar wel anders. Vergeleken met Nederland hebben de gemeenten in deze landen een duidelijker financiële basis door ruimere eigen belastingheffing en in Finland en Denemarken waren de ziekenhuizen vanouds de verantwoordelijkheid van de gemeenten.
In Finland heeft de meest ingrijpende verandering plaatsgevonden: in 1972 kwam er een gemeentelijke gezondheidswet die het zwaartepunt van de gezondheidszorg bij een breed gedefiniëerde eerste lijn legde en die planning, financiering en beheer regionaliseerde en decentraliseerde.
Het Finse systeem geniet ruime buitenlandse belangstelling veroorzaakt door de geslaagde pogingen om de groei van de tweedelijnszorg om te buigen in de richting van de eerstelijnszorg. Het niveau waarop in Finland de gezondheidszorg gepland, beheerd en deels ook gefinancierd wordt, is de gemeente of samenwerkende gemeenten (totaal 214 regio's). De bemoeienis op centraal niveau bestaat uit het geven van algemene richtlijnen en het goedkeuren van de plannen die door de gemeenten worden gemaakt. Sinds 1979 is goedkeuring van deze plannen aan de provincies gedelegeerd. Goedkeuring is een voorwaarde om in aanmerking te komen voor rijksbijdragen (variërend van 30% in rijke gemeenten tot 70% in arme gemeenten) waardoor op centraal niveau greep op de ontwikkelingen wordt gehouden. Een nadeel van het systeem is de vrij grote administratieve bureaucratie die deze decentrale invulling van centrale richtlijnen met zich meebrengt.
De Engelse gezondheidszorg is vlak na de tweede wereldoorlog fundamenteel gereorganiseerd waarmee de National Health Service tot stand kwam. Bij herstructurering in 1974 is een aantal knelpunten in planning en beheer opgelost voornamelijk door een veel duidelijker regionalisering door te voeren. De planning van de gezondheidszorg geschiedt op regionaal niveau en wordt op districtniveau nader ingevuld en geïmplementeerd. De overheid verschaft algemene

richtlijnen en financiële kaders waar de regionale plannen aan moeten voldoen, een soort budgettering van de regio's zou men kunnen zeggen. Op dit moment wordt dit instrument gebruikt om verschillen in voorzieningen tussen regio's gelijk te trekken. Ook in Denemarken is beheer en financiering van de gezondheidszorg gedecentraliseerd, deels naar het niveau van de gemeenten en deels naar het niveau van de provincies. De provincies houden zich bezig met de planning van de tweedelijnszorg en met een deel van de eerstelijnszorg, vooral de vrije beroepsbeoefaren. Een ander deel van de eerstelijnszorg wordt op gemeentelijk niveau geregeld bijvoorbeeld thuisverpleging, jeugdgezondheidszorg etcetera. De maatschappelijke dienstverlening wordt ook op gemeentelijk niveau geregeld. De invloed van de overheid op het gehele systeem lijkt gering te zijn. De Deense gezondheidszorg is in z'n totaliteit onoverzichtelijker dan de Engelse en Finse.
Concluderend moeten we constateren, dat in de zeventiger jaren zowel in Nederland als daarbuiten organisatie van de gezondheidszorg op regionaal niveau door regionalisering en decentralisatie gezien werd als oplossing voor de onbeheersbaarheid van de gezondheidszorg. De beleidsvoornemens stemmen dan ook op een aantal punten overeen. Het feit dat de herstructurering in Nederland niet van de grond gekomen is, heeft dan ook meer met het niet uitvoeren van de plannen te maken dan met de plannen zelf.
Uit de inventarisatie van de veldinitiatieven bleek dat initiatieven op het gebied van bestuurlijke afstemming en afstemming van werkgebieden (op het niveau van de veldinitiatieven is dat de pendant van regionalisering), betrekkelijk gering in aantal zijn geweest en nogal eens mislukt zijn. Door het niet doorgaan van de overheidsplanning op regionaal niveau zal de inhoudelijke of functionele regionalisatie van de gezondheidszorg in de toekomst meer afhankelijk worden van initiatieven uit het veld.
Gezien de ervaringen die in het derde deelrapport geïnventariseerd zijn, lijkt het erop dat het tot stand komen van functionele regionalisatie stimulering van overheidswege vergt.

2.3. Echelonnering

Echelonnering berust op de gedachte dat het gezondheidszorgsysteem opgebouwd is uit een aantal subsystemen met elk hun eigen karakteristieken. Het systeem is hiërarchisch geordend, van minder gespecialiseerde naar hoog gespecialiseerde zorg, waarbij hogere

echelons via verwijzing door lagere toegankelijk zijn. De voorzieningen binnen een echelon vormen idealiter een samenhangend geïntegreerd geheel en de scheidslijnen met andere echelons zijn duidelijk. Echelonnering maakt het systeem van de gezondheidszorg overzichtelijker, zo wordt in de Structuurnota gesteld en biedt aangrijpingspunten voor veranderingen.
Sinds de Structuurnota is een aantal maatregelen genomen om het echelonneringsprincipe in de gezondheidszorg duidelijker tot uiting te laten komen en met succes zoals in het eerste rapport is beschreven. Het meest in het oog springend zijn de maatregelen die de samenhang binnen de eerste lijn hebben bevorderd zoals de stimulering van wijkgezondheidscentra en het creëren van een geïntegreerde ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn. Het aantal wijkgezondheidscentra is gestegen van 21 in 1974 tot 146 in 1987. Daarnaast wordt in hometeams samengewerkt (425 hometeams per 01-01-1987). Ongeveer een vierde deel van alle huisartsen, wijkverpleegkundigen en algemeen maatschappelijk werkenden zijn aan gezondheidscentra of hometeams verbonden. De gezinsverzorging blijft hier met 13% enigszins bij achter. De samenwerking is behalve door gerichte subsidies gestimuleerd door het creëren van ondersteuning in de vorm van het samenwerkingsproject S1, de Regionale Ondersteuningsplatforms en het Koördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Eerstelijn. Recent is het Landelijk Bestuurlijk Overleg van de vier kerndisciplines van start gegaan. Deze laatste ontwikkeling is mede het gevolg van maatregelen op beleidsniveau om de eerstelijnsgezondheidszorg en onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening in een samenhangend stelsel van eerstelijnszorg onder te brengen zoals bijvoorbeeld tot uiting komt in de omvorming van FOG tot FOGM en de WVG tot WGM.
Een sterke en in samenhang uitgevoerde eerste lijn wordt gezien als een tegenwicht tegen de neiging die mensen hebben om in tijden van ziekte op het gebied van hun gezondheid de best denkbare verzorging te vragen en het best denkbare gelijk te stellen aan gespecialiseerd.
De relatie tussen de eerste lijn en de andere sectoren is enerzijds verduidelijkt doordat de huisarts in principe ook de verwijzing naar de RIAGG's is gaan regelen, anderzijds wordt geprobeerd om via toetsingsprojecten en protokolontwikkeling de taakafbakening tussen eerste en tweede lijn te verhelderen en onderlinge afstemming van taken te bevorderen.
Het beleid van de overheid op het gebied van de echelonnering was vooral gericht op stimuleren van ontwikkelingen en voorwaarden

scheppen. Dat is zichtbaar geworden in de inventarisatie van veldinitiatieven. Een zeer grote groep heeft betrekking op het tot stand brengen van horizontale integratie binnen de eerste lijn en een evenwichtige relatie tot de andere echelons.
Het onderdeel van de echelonnering dat niet gelukt is, betreft het gelijktrekken van de financiering en organisatie. Het feit dat de eerstelijnsdisciplines uit verschillende bronnen gefinancierd worden en voor een deel georganiseerd zijn in instellingen en voor een deel als vrije beroepsbeoefenaren werken, bemoeilijkt verdergaande samenwerking en onderlinge afstemming.
Uit de ontwikkeling in de doelen van de veldinitiatieven blijkt dat er een verschuiving opgetreden is van heel brede doelen en veel deelnemende disciplines naar beperktere initiatieven op het gebied van samenwerking tussen twee disciplines die in ieder geval qua organisatie wat meer op elkaar lijken, namelijk wijkverpleging en gezinsverzorging. Verdere harmonisering van de finaniering van eerstelijnsdisciplines door de geleidelijke uitbreiding van de AWBZ zou een positieve invloed kunnen hebben op de afstemming binnen de eerste lijn.
Een tweede belemmering voor verdergaande samenwerking is het ontbreken van gelijke doelpopulaties. Het veranderen van deze situatie stuit in de praktijk op grote problemen. Dat is uit de bestudering van initiatieven op dit gebied wel duidelijk geworden.
In Finland is deze situatie bevredigend opgelost. Bij de reorganisatie van de gezondheidszorg zijn alle eerstelijnsvoorzieningen in gezondheidscentra ondergebracht en vormen zodoende een organisatorische eenheid (wat niet perse ook een ruimtelijke eenheid is) inclusief de financiering. De eerste lijn is breder gedefiniëerd dan in Nederland en omvat een aantal onderdelen van wat bij ons de basisgezondheidszorg wordt genoemd. Ook beschikken de gezondheidscentra over een aantal bedden die, gezien de patiënten die erin opgenomen worden, veel weg hebben van (somatische) verpleeghuisbedden. Ondanks deze verbreding is er net als in Nederland sprake van een duidelijk afgebakende tweede lijn die alleen na verwijzing toegankelijk is. De maatschappelijke dienstverlening nam tot voor kort een aparte plaats in. Pas in 1984 zijn beide typen zorgverlening door een wetswijziging onder hetzelfde administratieve, plannings- en financieringsregime gebracht.
In Engeland is de echelonnering minder duidelijk dan in Finland. Wel is het zo dat de eerste lijn duidelijk van de tweede en derde lijn gescheiden is en dat deze laatste alleen via verwijzing toegankelijk zijn, maar er is sprake van enige integratie tussen

eerste en tweede lijn doordat een specialist aan het bed van een patiënt thuis geconsulteerd kan worden (en dat ook feitelijk gebeurt) en doordat een aantal huisartsen betrokken is bij de zogenaamde 'general practitioner hospitals' waarbij de huisarts voor opname en ontslag van de patiënt verantwoordelijk is en de specialist vooral als consulent optreedt. De eerste lijn zelf vertoont minder samenhang dan in Finland. De curatief gerichte vrije beroepsbeoefenaren hebben organisatorisch een andere positie dan de hulpverleners die in loondienst zijn. Bij de samenwerking binnen de eerste lijn zijn vooral huisartsen en verpleegkundigen betrokken. De huisartsen werken voor het merendeel in groepspraktijken samen (van 3 huisartsen of meer) en de werkwijze voor district nurses en health visitors is voornamelijk huisartspraktijkgebonden zodat gelijke doelpopulaties gewaarborgd zijn. Overigens staat deze werkwijze van de extramurale verpleging wel ter discussie en kan men pleidooien horen voor 'neighbourhood nursing'. Samenwerking tussen de medische sector en de maatschappelijke dienstverlening wordt gestimuleerd in specifieke projecten maar de financiering van beide onderdelen is verschillend (regionaal versus lokaal).
Ook in Denemarken is de eerste lijn breder gedefiniëerd dan in Nederland. Een deel van wat bij ons de basisgezondheidszorg genoemd wordt, wordt hier tot de eerste lijn gerekend als ook sommige vrijgevestigde specialisten zoals oogartsen en keel- , neus- en oorartsen. Deze laatsten zijn echter alleen via verwijzing toegankelijk en dat geldt ook voor tweedelijnsvoorzieningen. Er is een tamelijk sterke scheiding tussen de curatieve en de preventieve sector waarin de huisarts het verbindend element is. Het onderbrengen van een deel van de basisgezondheidszorg in de eerste lijn betekent kennelijk nog niet dat daarmee ook horizontale integratie tot stand komt. In feite is dit ook maar beperkt mogelijk omdat collectieve preventie een andere aanpak vereist dan individuele preventie, curatie, verpleging of verzorging.
Samenvattend is het echelonneringsprincipe in de hier besproken landen net als in Nederland van kracht met een tweede lijn die alleen na verwijzing toegankelijk is. Het verschil met Nederland zit vooral in de bredere definiëring van de eerste lijn. Onderdelen van wat bij ons de basisgezondheidszorg heet, worden ook tot de eerste lijn gerekend. Daarnaast is in Finland een beddeneenheid aan de eerste lijn toegevoegd en worden in Denemarken enkele specialismen tot de eerste lijn gerekend. In Engeland lijken de eerste lijn, en dan vooral de huisartsen, en de tweede lijn nauwer

op elkaar betrokken. De horizontale integratie lijkt in Nederland en vooral in Finland het sterkst te zijn.

2.4. Versterking van de eerste lijn

Om het evenwicht in het gezondheidszorgsysteem te herstellen werd in de jaren zeventig versterking van de eerste lijn noodzakelijk geacht. Verschuivingen van de exponentiëel gegroeide tweede lijn naar de eerste lijn zouden daarmee gerealiseerd kunnen worden, zo wordt in de Structuurnota gesteld. De hiervoor besproken echelonnering vormt één aspect van versterking van de eerste lijn. Horizontale integratie en samenwerking geeft de eerste lijn een duidelijker 'gezicht' en bevordert een op de zorgbehoefte van de patiënt afgestemde hulpverlening. We zullen de maatregelen ter stimulering van samenwerkingsverbanden hier dan ook niet herhalen maar richten ons op de overige maatregelen die versterking van de eerste lijn beoogden. Volume-uitbreiding is daarvan de belangrijkste. Bij de huisarts is dat het duidelijkst zichtbaar aan de afbouw van bovennormale praktijken, de verkleining van de huisartspraktijk en de stapsgewijze aanpassing van de rekennormpraktijk. In 1974 was de gemiddelde praktijkgrootte nog bijna 3000 patiënten, op dit moment is dat gedaald tot bijna 2300 patiënten per praktijk. Ook bij kruiswerk en de gezinsverzorging heeft volume-uitbreiding plaatsgevonden respectievelijk door de vier-procentsregeling en door gerichte subsidies. Het aantal hoofdwijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is relatief het sterkst toegenomen. Bij het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft eveneens een uitbreiding plaatsgevonden die echter voor een deel de compensatie betekende voor de inkrimping die het AMW eind jaren zeventig te zien gaf ten gevolge van de vacaturestop.
De volume-uitbreiding is, behalve bij de huisarts, voor een deel bedoeld om 7x24 uurs bereikbaarheid bij wijkverpleging, gezinszorg en AMW tot stand te brengen. In de meeste basiseenheden van de wijkverpleging is dit inmiddels gerealiseerd (86%), evenals de beschikbaarheid in de vorm van avondzorg. Dit laatste is ook bij ongeveer driekwart van de instellingen voor gezinsverzorging gerealiseerd evenals allerlei andere vormen van 'hulp op maat'. De 7x24 uurs bereikbaarheid is tot nu toe noch bij gezinsverzorging noch bij het AMW goed van de grond gekomen.
Naast de capaciteitsuitbreiding is aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering van de eerste lijn. De huisartsenopleiding wordt

met een jaar verlengd en er is een nieuwe structuur voor ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de huisarts gecreëerd. Daarnaast functioneren de ondersteuningsstructuren voor de gehele eerste lijn die in de vorige paragraaf genoemd zijn. Samenvattend heeft de versterking van de eerste lijn sinds 1974 vorm gekregen in samenwerking, volume-uitbreiding, een grotere bereikbaarheid en kwaliteitsbevordering.
Hetzelfde type maatregelen is in andere landen te zien. In Finland is het personeel van gezondheidscentra sterk gegroeid sinds 1972. Het aantal artsen en wijkverpleegkundigen is in 10 jaar tijd ongeveer verdubbeld en het aantal verpleegkundigen en 'overig verplegend personeel' is zelfs vervijfvoudigd. Deze laatste ontwikkeling reflecteert de snelle toename van het aantal bedden in gezondheidscentra van ± 5750 in 1972 tot ± 18.000 in 1985. Ook in Engeland is de extramurale verpleegkundige staf sterk gegroeid sinds 1974. De toename bedraagt ongeveer eenderde. Het aantal huisartsen is minder toegenomen waarbij wel aangetekend moet worden dat de huisartspraktijken in Engeland en Denemarken al begin 1970 de omvang hadden die op dit moment in Nederland bereikt is.
In Nederland wordt op dit moment, getuige ook enkele initiatieven voor experimenten, gedacht over aanpassing van de honoreringsstructuur ter stimulering van eerstelijnsactiviteiten. Zowel in Denemarken als in Engeland zijn dergelijke stimulansen in de honorering van huisartsen ingebouwd door respectievelijk het verrichtingensysteem en het gedifferentiëerde abonnementshonorarium. Daarnaast is in deze landen de aanzuigende werking van de tweede lijn ingeperkt door loondienst honorarium in de tweede lijn. Het moge duidelijk zijn dat de combinatie van deze twee honoreringswijzen verschuivingen van tweede naar eerste lijn vergemakkelijkt. Op de voor- en nadelen van de verschillende honoreringswijzen komen we in hoofdstuk 4 nog uitgebreid terug.

3. VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN: BELEIDSDOELEN EN MOTIVERING VOOR DE BELEIDSVOORNEMENS

In het vorige hoofdstuk zijn de grote lijnen van de drie voorafgegane studies naar de versterking van de eerste lijn beschreven. Om hier niet te vervallen in een samenvatting van de samenvattingen is voor een kritische beschouwing van de drie onderzoeken een andere invalshoek gekozen die we als volgt motiveren. In de rapporten is beschreven welke maatregelen genomen zijn ter versterking van de eerste lijn en ter herstructurering van de gezondheidszorg. De uitvoering van deze maatregelen en de resultaten daarvan, zijn uitvoerig belicht en van kritische kanttekeningen voorzien. In feite hebben we daarmee tot nu toe gesproken over de middelen die aangewend zijn om achterliggende beleidsdoelen te realiseren en hebben we de doelen op zich buiten beschouwing gelaten. De vraag dringt zich nu op: wat waren deze beleidsdoelen eigenlijk en wat is de relatie tussen de genomen maatregelen en de achterliggende doelen? Met andere woorden; hebben de gerealiseerde maatregelen zoals die hiervoor besproken zijn de uiteindelijke doelen dichterbij gebracht? Dit laatste bepaalt tenslotte de effectieve waarde van de genomen maatregelen. Daarnaast biedt meer zicht op deze relatie tussen maatregelen en doelen aanknopingspunten om toekomstige beleidsplannen op waarde te toetsen.
We hebben de volgende werkwijze gekozen. In dit hoofdstuk is een beknopte inventarisatie gemaakt van de hoofddoelen van het beleid met betrekking tot de eerste lijn zoals die in belangrijke beleidsnota's van de afgelopen jaren verwoord zijn. Daarna worden deze beleidsdoelen in verband gebracht met de maatregelen die hiervoor besproken zijn, gevolgd door een kritische beschouwing.
Versterking van de eerste lijn kan in twee betekenissen gebruikt worden, namelijk verwijzend naar het begrip 'de eerste lijn' of verwijzend naar de inhoud van de eerste lijn. Het begrip de eerste lijn is de afgelopen jaren meer en meer ingeburgerd zoals in paragraaf 2.3 over de echelonnering tot uiting komt. Dit is het gevolg van een steeds duidelijker invulling van het begrip zoals bijvoorbeeld in de Schets van de ELGZ gedaan is: kenmerken van de eerstelijnshulpverlening zijn gedefiniëerd en vastgesteld is welke beroepsgroepen tot de eerste lijn worden gerekend. Daarnaast heeft samenwerking en horizontale integratie ervoor gezorgd dat de eerste lijn steeds meer als een eenheid gezien wordt. Het begrip de

eerste lijn is hiermee stevig ingeburgerd. Dit wekt onwillekeurig de suggestie dat de inhoud van de eerste lijn een parallele ontwikkeling doorgemaakt heeft. De inhoud verwijst naar het zorgaanbod en de hulpverlening zelf in de eerste lijn. Omdat het daar uiteindelijk om gaat, zal in het vervolg van dit hoofdstuk de inhoud centraal staan.
Beleidsdoelen en motivering voor beleidsvoornemens liggen dicht bij elkaar maar zijn van een andere orde. Bij doelen gaat het erom wat men wil bereiken, bij motieven gaat het erom waarom men dat wil bereiken en waarom men het met bepaalde middelen wil bereiken. Het onderscheid wordt nog duidelijker bij de benoeming van de concrete beleidsdoelen en motieven die hierna volgt.

Wat waren de belangrijkste doelen en motieven om de eerste lijn te versterken, is de vraag die we ons nu in dit hoofdstuk stellen. De beleidsdoelen en motiveringen voor beleidsvoornemens zijn ontleend aan de Structuurnota van 1974, de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg van 1980, de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen en de Nota Eerstelijnszorg van 1983.
In de Structuurnota van 1974 wordt gesteld dat verschuiving van de specialistische en intramurale gezondheidszorg naar de extramurale zorg en naar preventie noodzakelijk is, omdat de sterke kostenstijging in de intramurale sector onbeheersbaar dreigt te worden. Het doel is verschuiving van de zorg, het motief is een economisch motief: kostenbeheersing. Als één van de middelen om het doel, de verschuiving, te bereiken wordt versterking van de eerste lijn genoemd en wel vanuit de volgende twee redeneringen: als de eerste lijn doeltreffend functioneert en als de huisarts de toegang tot de tweede lijn regelt (en blijft regelen) dan kan voorkomen worden dat de patiënt onnodig in de tweede lijn terecht komt. En, min of meer andersom wordt gesteld, als het lukt om de gezondheidszorg beheersbaar te maken en als het vervolgens lukt om zodanig in te grijpen dat taken van de intramurale gezondheidszorg naar de extramurale zorg worden verschoven dan moet de eerste lijn versterkt worden om deze taken op te kunnen vangen. Deze redenering volgend zouden twee typen maatregelen voor de hand liggen namelijk vergroten van de doeltreffendheid op korte termijn en volumeuitbreiding op langere termijn (als de verschuivingen gelukt zijn). We gaan daar in hoofdstuk 4 nader op in.
Was in de Structuurnota de kostenbeheersing het belangrijkste motief voor de voorgestelde veranderingen, in de jaren daarna dringen meer zorginhoudelijke motieven op de voorgrond. Gezondheid

wordt niet langer beschouwd als de afwezigheid van ziekte: 'gezondheid is een toestand waarin het individu met zijn specifieke lichamelijke en geestelijke mogelijkheden in harmonie verkeert met zichzelf en in evenwicht met zijn omgeving', zo wordt in 1980 in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg gesteld. Dit impliceert, dat in de gezondheidszorg de nadruk moet liggen op zorg in de eigen omgeving van de patiënt en dat naast curatie aandacht besteed moet worden aan gezondheidsbevordering, de preventie en de revalidatie. Dit alles betekent een zware wissel op de eerstelijnsgezondheidszorg en onderlinge afstemming met onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening. Een tweede reden om de eerste lijn te versterken heeft eveneens met de nieuwe, ruimere visie op gezondheid te maken. Het inzicht dat ziekten veelal multicausaal bepaald zijn, stelt nieuwe eisen aan de hulpverlening: kennis van levensloop en thuissituatie zijn noodzakelijk om deze complexe problematiek te kunnen behandelen. Dit alles betekent een taakverzwaring voor de eerste lijn en legitimeert min of meer een verschuiving van middelen van tweede naar eerste lijn: Substitutie is gewenst om de zorgverlening zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij de zorgbehoeften van de patiënt.
In de Schets wordt daarnaast gewezen op de toenemende en gewenste democratisering in de gezondheidszorg die op twee manieren doorwerkt. Enerzijds krijgen patiënten meer inspraak in de hulpverlening en zullen hulpverleners meer aandacht moeten gaan schenken aan de wensen en behoeften van de patiënt; anderzijds betekent meer inspraak ook meer verantwoordelijkheid voor patiënten. Patiënten hebben de plicht, zo staat er, om 'zich te informeren over en te streven naar het bevorderen van gezond leefgedrag en verantwoorde levensgewoonten, alsmede het verantwoord gebruik maken en het ondersteunen van gezondheidsvoorzieningen'. Dat rechten en plichten wel eens op gespannen voet met elkaar zouden kunnen staan, wordt genegeerd. De formulering in de Schets past in de bredere context van bezinning op de toekomst van de welvaartsstaat en van het benadrukken van de individuele verantwoordelijkheid van de burger.
De aandacht voor gezonde leefwijzen komt enkele jaren later in versterkte mate terug in de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen en in de Nota Eerstelijnszorg uit 1983. De Nota's zijn geïnspireerd door de ideeën van de WHO over primary care en anticiperen op de Nota 2000 waarin plannen op langere termijn uiteengezet worden. In de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen is de centrale doelstelling van de overheid: 'de volksgezondheid te bevorderen'.

Gezondheidsbevordering moet via gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bewerkstelligd worden. Voor de eerste lijn betekent dit dat de hulpverleners preventieve aspecten in hun werk moeten benadrukken. Het impliceert een uitbreiding van het takenpakket met voorlichtende, signalerende en bewakende taken. Integratie van onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening is noodzakelijk (eestelijnszorg) en samenwerking en uitwisseling van deskundigheden met de sector basisgezondheidszorg waarin collectieve preventie centraal staat, onontbeerlijk. In de Nota 2000 komt deze nadruk op preventie in nog sterkere mate tot uiting.
Substitutie krijgt minstens zoveel aandacht als preventie. Als belangrijkste motief wordt niet de kostenbesparing genoemd - kennelijk is dat inmiddels een vanzelfsprekende zaak geworden - maar het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt of consument omdat dit aansluit bij de emancipatorische ontwikkelingen in de hele maatschappij.
Alle voorgestelde verschuivingen (van intramurale naar poliklinische behandeling, van tweede naar eerste lijn, van eerste lijn naar zelf- en mantelzorg en van curatie naar preventie) zijn tot dit principe herleidbaar. De gezondheidszorg mag niet onnodig afhankelijk maken of het dragen van eigen verantwoordelijkheid belemmeren, is het uitgangspunt. Voor de eerste lijn betekent dit een uitbreiding met taken uit de intramurale zorg omdat ambulante hulp in de eigen omgeving de beste voorwaarden voor behoud van zelfstandigheid biedt. Van de andere kant zal professionele hulpverlening pas ingeschakeld moeten worden als de eigen mogelijkheden ontoereikend zijn en zullen professionele hulpverleners zelf- en mantelzorg en vrijwilligerswerk moeten stimuleren door onder andere de kennis en de middelen aan te reiken die daarvoor nodig zijn. Substitutie is dus nog evenzeer van kracht als ten tijde van de Structuurnota in 1974 maar voor de motivering wordt vooral teruggegrepen op zorginhoudelijke motieven en niet primair op economische motieven. Daarnaast blijkt dat de economische elementen in de motivering van aard veranderd zijn, ten tijde van de Structuurnota lag de nadruk op beheersing van de sterke groei van de kosten van (onderdelen van) de gezondheidszorg, terwijl nu de nadruk ligt op het terugdringen van de omvang van de collectieve sector.
Als we nu de hoofddoelen van het beleid van de afgelopen jaren op een rijtje zetten dan blijkt substitutie doorlopend het belangrijkste beleidsdoel te zijn, meestal vanuit economische motieven maar ook wel vanuit zorginhoudelijke motieven beargumenteerd. Heel

globaal gezien kan substitutie op twee manieren bewerkstelligd worden, zo blijkt uit de nota's. Ten eerste door een bewuste verschuiving van taken van tweede naar eerste lijn. Ten tweede door een adequate hulpverlening in de eerste lijn waarbij multidisciplinaire samenwerking en deskundigheidsbevordering vaak als middelen genoemd worden om dit te bereiken. Een tweede beleidsdoel, dat vooral de laatste jaren opkomt is het bevorderen van preventie en van zelf- en mantelzorg. Hoewel preventie altijd al een onderdeel van de reguliere gezondheidszorg en dan met name van de basisgezondheidszorg is geweest, laat het denken over preventie een verbreding zien. De aandacht voor vroege opsporing, voor gezonde leefwijzen en voor facetbeleid zijn daar een uiting van.
In de beleidsplannen, zoals die in de Nota 2000 zijn neergelegd, krijgt preventie minstens zoveel aandacht als substitutie. En wat ook opvallend is, beide doelen worden meer uit elkaar getrokken en niet meer als met elkaar verweven of logisch in elkaars verlengde liggend gepresenteerd. Dit komt de duidelijkheid van het beleid ten goede, omdat beter zichtbaar wordt dat het bevorderen van preventie een ander type maatregelen vereist dan het bevorderen van substitutie.
In het volgende hoofdstuk wordt op deze wijze nog eens tegen de versterking van de eerste lijn aangekeken. De vraag daarbij is van welke maatregelen zou men een substitutie effect hebben kunnen verwachten en is daar ook iets van terug te zien en welke maatregelen kunnen preventie bevorderend genoemd worden. Dit alles nog steeds alleen vanuit het gezichtspunt van de eerste lijn. De reorganisatie en herstructurering van de gehele gezondheidszorg wordt alleen in de analyse betrokken voor zover er een directe relatie is met de eerste lijn en dan met name met de substitutie- en preventie-aspecten.

4. EEN ANALYSE VAN HET BELEID VANUIT DE ACHTERLIGGENDE DOELEN SUBSTITUTIE EN PREVENTIE

4.1. Substitutie

Uit het voorafgaande blijkt dat versterking van de eerste lijn, met als achterliggend doel bevordering van substitutie, vanuit twee invalshoeken benaderd is:

a. vanuit de gedachte dat taken van tweede naar eerste lijn verschoven kunnen worden en
b. vanuit de gedachte dat minder beroep op de tweede lijn wordt gedaan als de eerste lijn haar huidige taken op een adequate manier vervult, aangepast aan de zorgbehoefte van de patiënt.

Dit laatste wordt ook wel aangeduid als het vergroten van het 'probleemoplossend vermogen' van de eerste lijn. Beide invalshoeken gaan uit van beïnvloeding van de aanbodzijde, de hulpverleners en hun zorgaanbod (evenals in het eerste deelrapport beperken we ons tot het beleid met betrekking tot de eerste lijn en blijven op substitutie gerichte maatregelen in de tweede lijn, zoals regulering van het aantal ziekenhuisbedden, buiten beschouwing). Substitutie kan ook benaderd worden vanuit de vraagzijde, beïnvloeding van de hulpvragers, bijvoorbeeld door eigen bijdragen. In het verleden is de benadering van substitutie via de vraagzijde nog weinig aan de orde geweest. Op het moment is dit wel actueel (denk aan de voorgestelde eigen bijdrage bij verwijzing) en in de komende jaren zal het in toenemende mate van belang zijn.

Maatregelen ter versterking van de eerste lijn die als achterliggend doel substitutie hebben, blijken groepeerbaar te zijn in de twee categorieën op taakverschuiving gerichte maatregelen en op vergroting van het probleemoplossend vermogen gerichte maatregelen. We zijn hierbij uitgegaan van de beleidsmaatregelen die in het eerste rapport in schemavorm zijn weergegeven en beperken ons tot de maatregelen die een min of meer directe relatie met beide vormen van substitutie hebben. De randvoorwaarden voor versterking van de eerste lijn - de herstructurering van de gezondheidszorg door regionalisering en decentralisatie - zijn uitgebreid behandeld in het eerste rapport, maar blijven hier buiten beschouwing.

We behandelen achtereenvolgens de maatregelen op het gebied van taakverschuiving en maatregelen ter 'vergroting van het probleem-

oplossend vermogen' (of, zo men wil, 'adequate hulpverlening' of 'afstemming van de hulpverlening op de hulpbehoefte'). Of een bepaalde maatregel onder het kopje 'taakverschuiving' of onder 'vergroting van het probleemoplossend vermogen' gerangschikt is, hangt af van de context waarin de maatregel gepresenteerd is. Ofschoon men bij een aantal van de maatregelen die in schema 1 genoemd zijn, kan opmerken dat deze ook wel zullen bijdragen aan vergroting van het probleemoplossend vermogen, zijn ze op grond van de context in de betreffende beleidsnota's in schema 1 geplaatst.

Schema 1.: beleidsmaatregelen gericht op taakverschuiving

- Toegang tot de tweede lijn in principe alleen na verwijzing door de huisarts (handhaving voor de somatische zorg, uitbreiding voor de GGZ).
- Diagnostische faciliteiten in ziekenhuizen toegankelijk maken voor de huisarts, experimenten met diagnostische centra, verbetering van de toegang van verloskundige faciliteiten in ziekenhuizen voor huisartsen en verloskundigen.
- Praktijkverkleining van de huisarts, verlaging van de rekennormpraktijk en afbouw van bovennormale praktijken.
- Volume-uitbreiding van kruiswerk en gezinsverzorging en behoud van capaciteit bij algemeen maatschappelijk werk.
- Verbetering van de nazorg door het aanstellen van nazorgfunctionarissen bij het kruiswerk.
- Streven naar 7x24 uurs bereikbaarheid of beschikbaarheid bij wijkverpleging, gezinsverzorging en AMW.
- Vaststellen van takenpakket respectievelijk functie-omschrijving van huisarts en wijkverpleegkundige.
- Maatregelen op het gebied van opleiding, nascholing, toetsing en ondersteuning bij huisarts en wijkverpleegkundige.
- Experiment met het project Almere.

De in het schema opgesomde maatregelen hebben vooral het karakter van het bieden van mogelijkheden aan de eerste lijn om gewenste verschuivingen te realiseren. Het is niet eenvoudig om concrete voorbeelden te geven van taken die gedurende de afgelopen vijftien jaar verschoven zijn van de tweede lijn naar de eerste lijn. Op dat niveau worden beleidsvoornemens niet geformuleerd. Of er verschuivingen plaatsvinden, hangt ook van een heleboel andere factoren af dan alleen van de voorwaarden die door het beleid worden

geschapen. Men denke aan de verschuivingen die ontwikkelingen in de geneeskunde en de medische technologie te weeg kunnen brengen, wanneer bijvoorbeeld bepaalde operatieve ingrepen vervangen kunnen worden door medicamenteuze behandeling.
De in het schema genoemde maatregelen zijn bijna allemaal in meer of mindere mate gerealiseerd in de afgelopen jaren, zoals in het eerste rapport is vastgesteld. Van deze versterking van de eerste lijn, gekoppeld aan de gelijktijdige beddenreductie in de tweede lijn zou een verschuiving naar de eerste lijn verwacht mogen worden. Of misschien beter geformuleerd: zou verwacht mogen worden dat de trend in de richting van meer hospitalisatie afgeremd wordt. De vraag blijft wel of de trend naar meer specialistische zorg ook afgeremd wordt. Beddenreductie alleen zou immers ook tot meer ambulante specialistische zorg kunnen leiden. De ontwikkelingen gedurende de afgelopen jaren wijzen in deze richting. Beddenreductie of bevriezing van de capaciteit in de derde lijn - de verpleeghuizen - leidt waarschijnlijk tot directere gevolgen in de eerste lijn, gevolgen die zich zeker niet beperken tot de werkbelasting van de huisarts, maar ook - en misschien meer nog - van invloed zullen zijn op de werkbelasting van wijkverpleging en gezinsverzorging.

De toegang tot de tweede lijn is geregeld via verwijzing door de huisarts. De aanvankelijk sterke toename van het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten is vanaf 1975 tot staan gebracht. En ofschoon in de Nota 2000 opgemerkt wordt dat in z'n algemeenheid het substitutiebeleid als mislukt moet worden beschouwd omdat het aandeel van de ziekenhuissector in de totale kosten van de gezondheidszorg sinds 1974 gestegen is van 57% tot 60% in 1983 terwijl het aandeel van de extramurale voorzieningen met 16% gelijk is gebleven, is ook dit een ombuiging ten opzichte van het decennium daarvoor. De sterke stijging van de kosten van de gezondheidszorg en van het aandeel van de intramurale zorg, was een belangrijke aanleiding tot de Structuurnota.
Het is een hachelijke zaak om uitspraken te doen over wat nu precies geleid heeft tot deze ombuiging van de trends. We kunnen wel proberen om voor de in het schema genoemde beleidsmaatregelen, die alle meer of minder expliciet in een context van substitutie door taakverschuiving gesteld zijn, na te gaan in hoeverre er aanwijzingen zijn dat ze tot taakverschuiving hebben bijgedragen en in hoeverre er autonome ontwikkelingen en tegenkrachten zijn die het realiseren van substitutie hebben tegengewerkt. We houden daarbij

de volgorde van schema 1 aan.
De tweede lijn is in principe alleen toegankelijk via de huisarts. Dat is voor wat betreft de somatische gezondheidszorg geen beleidsmaatregel die gedurende de afgelopen vijftien jaar genomen is. Het was een bestaande situatie ten tijde van de opstelling van de Structuurnota, die daarin nadrukkelijk naar voren gebracht is als belangrijk en te handhaven element in een beleid dat streeft naar het doorbreken van de trend naar toenemende hospitalisering en specialistische zorg.
De getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg betekent niet automatisch een reductie van het aantal verwijzingen en een taakverschuiving van tweede naar eerste lijn. Het betekent dat de huisarts het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen kan beïnvloeden als hij dat wil en als hij daarvoor toegerust is. Het huidige honoreringssysteem van huisartsen bevat geen stimulansen voor een terughoudend verwijsbeleid. De extra tijd die de huisarts investeert in het zelf afhandelen van de problemen van zijn patiënten wordt niet beloond.
Een groot deel van de administratieve grootheid 'het verwijscijfer' wordt geïnitiëerd door specialisten. De invloed van de huisarts daarop is in de praktijk gering. Dit wil echter niet zeggen dat de huisarts daarop geen invloed kan hebben, maar gegeven het ontbreken van stimulansen tot een terughoudend verwijsbeleid, is er weinig reden om een dergelijke invloed uit te oefenen. De feitelijke invloed van de huisarts op het aantal verwijzingen wordt tenslotte nog beperkt door de (toegenomen) mondigheid van de patiënt.
De invloed van de huisarts op de toegang tot de tweede lijn is uitgebreid door de rol die de huisarts gekregen heeft bij de verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg - de RIAGG's. Toch vindt nog een groot deel van de patiënten zijn weg naar deze instellingen buiten de huisarts om.
De getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg is een belangrijke voorwaarde voor taakverschuivingen van tweede naar eerste lijn, gegeven ook de 'tegenkrachten' die hiervoor genoemd zijn. Ontwikkelingen in landen waar dit element ontbreekt, zoals ons omringende landen als België, de Bondsrepubliek Duitsland en Frankrijk, zijn illustratief op dit punt: concurrentie tussen huisartsen en specialisten, hoge hospitalisatiegraad.

De keerzijde van het afgrenzen van eerste en tweede echelon is dat invloed van de huisarts in de tweede lijn moeilijk te realiseren

is en dat er nieuwe problemen ontstaan bij de terugkeer van patiënten uit de tweede lijn naar de eerste lijn.
Een aspect van dit eerste punt is aangepakt door diagnostische faciliteiten van ziekenhuizen voor huisartsen toegankelijk te maken en door experimenten met diagnostische centra. Dergelijke maatregelen leiden echter pas onder specifieke omstandigheden tot feitelijke taakverschuivingen. In de eerste plaats bestaat het risico dat indien op grond van diagnostiek door de huisarts blijkt dat verwijzing nodig is, de diagnostiek door de specialist herhaald wordt. Om dat te voorkomen dienen protocollaire afspraken gemaakt te worden. In de tweede plaats is winst vooral te verwachten, indien uitbreiding van diagnostische mogelijkheden gepaard gaat aan uitbreiding van therapeutische mogelijkheden. Ook voor de inrichting van een nieuw honoreringsstelsel voor huisartsen is dit een belangrijk punt. Illustratief, maar niet bewijsvoerend, is dat in het Deense gemengde systeem van verrichtingen en abonnement, de meest frequent uitgevoerde prestaties diagnostiek en laboratoriumonderzoek betreffen.
Het afgrenzen van eerste en tweede lijn doet, zoals gezegd, mogelijk nieuwe problemen ontstaan bij de terugkeer van patiënten van de tweede lijn naar de eerste lijn.
Het aanstellen van nazorgfunctionarissen bij het kruiswerk is een maatregel die in directe relatie met dit probleem staat. Een patiënt kan tenslotte in sommige gevallen pas uit het ziekenhuis worden ontslagen als de nazorg thuis geregeld is. Men kan zich hierbij alleen afvragen of de omvang van de daarvoor beschikbare menskracht voldoende is om deze taken uit te voeren en of de gekozen organisatievormen optimaal zijn.
In de discussie zullen we hierop nader in gaan in het licht van de huidige discussies over echelonnering versus functionele organisatie van de gezondheidszorg.

Het creëren van 7x24 uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid heeft eveneens een vrij directe relatie met substitutie omdat dit in een aantal gevallen opname in ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingstehuis kan voorkomen. Voor een goed beeld van deze substitutiemogelijkheden moet men echter rekening houden met het feit dat een gedeelte van deze extra voorziening de compensatie vormt voor de afgenomen mogelijkheden van zelfzorg en mantelzorg. Dit laatste wordt veroorzaakt door toename van het aantal hoogbejaarden en van het aantal alleenwonenden, kleinere families waarvan de leden meer verspreid wonen, kleinere behuizing etcetera. Als deze ontwikke-

lingen niet worden ingecalculeerd in de evaluatie van de 7x24 uurs bereikbaarheid dan kan de uitkomst in substitutietermen niet anders dan teleurstellend zijn. Het feit dat in beleidsnota's alsmaar gesproken wordt over de ontwikkeling naar toenemende zelf- en mantelzorg werkt in dit opzicht zeer versluierend en verstoort een rationele benadering van dit probleem.
Tegelijkertijd dient onderkend te worden dat thuisverzorging en -verpleging alleen mogelijk is als er een minimale hoeveelheid zorg vanuit de directe sociale omgeving beschikbaar is. De wetenschap dat te allen tijde professionele zorg bereikbaar is, kan voor de niet professionele verzorgers een belangrijke geruststelling en steun zijn.

De verkleining van de huisartspraktijken van bijna 3000 inwoners per huisarts in 1974 naar ± 2350 inwoners in 1986 schept de mogelijkheden voor substitutie maar houdt dit niet noodzakelijk in. De vraag is namelijk in hoeverre de vrijgekomen tijd ten goede gekomen is aan de beroepsuitoefening en, gesteld dat dat het geval is, in hoeverre de vrijgekomen tijd is opgeslokt door de taakverzwaring die de afgelopen jaren in het werk van de huisarts te zien is. In ieder geval is de gemiddelde duur van huisartsconsulten in de loop van de jaren met 30% toegenomen: dat is gebleken uit de grote verzameling op video vastgelegde consulten, die op het NIVEL bewaard wordt. De consulten die voor 1980 opgenomen zijn, duren gemiddeld zes en halve minuut; de consulten van na 1980 gemiddeld acht en halve minuut.
De taakverzwaring komt voort uit veranderende morbiditeit (meer ernstige en chronisch zieken), de dubbele vergrijzing, de verschuiving van cure naar care, betere hulpverlening voor kwetsbare groepen in de samenleving zoals etnische minderheden, meer aandacht voor psycho-sociale problemen bij alle hulpverleners en meer aandacht voor preventieve en voorlichtende activiteiten. Daarnaast eisen nieuwe voorzieningen als 7x24 uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid hun tijd evenals bijvoorbeeld de toename van samenwerking, nascholing en toetsing. Het is onbekend hoeveel van de volume-uitbreiding in de eerste lijn noodzakelijk was om te kunnen voldoen aan deze veranderende eisen die aan de hulpverlening gesteld worden en dus is het ook niet bekend hoeveel tijd er in feite overgebleven is om taken uit de tweede lijn over te nemen (een tweede lijn overigens die qua beddenaantal wel beperkt wordt maar waarvan het specialistenvolume sinds 1974 met ongeveer 45% is toegenomen).

Vaststelling van takenpakketten en functie-omschrijvingen van eerstelijnshulpverleners biedt bij uitstek de mogelijkheden om taken uit de tweede lijn naar de eerste lijn over te hevelen en om gewenste taakverschuivingen binnen de eerste lijn te realiseren. Mits men ervoor kan zorgen dat de vaststelling niet alleen op papier maar ook in de uitvoering van het werk gestalte krijgt. Een taakverschuiving naar de eerste lijn zal vergezeld moeten gaan met een beperking van deze taken in de tweede lijn. De huidige situatie is daar nog ver van af zo blijkt uit onderzoek. Huisartsen en specialisten claimen veel dezelfde taken waarbij in een aantal gevallen de specialisten de deskundigheden van de huisarts in twijfel trekken. Ook in de relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg worden dergelijke problemen gesignaleerd. Taakverschuiving vereist de instemming van beide partijen en duidelijkheid hieromtrent is des te meer gewenst omdat onduidelijkheden in taakafbakening een belemmering vormen voor samenwerking. De perikelen rond de bijstelling van de Kloostermanlijst zijn illustratief voor de problemen die men op dit gebied zal tegenkomen. Deze verloskundige indicatielijst die samengesteld is door de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst, is een protocol dat zich expliciet richt op de taakafbakening tussen eerste en tweede lijn. Door een van de betrokken groeperingen (de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) is het resultaat van de werkgroep afgewezen. Het gevolg is dat het ontwikkelde protocol in de praktijk voor het grootste deel niet toepasbaar is; immers, een belangrijk deel van het protocol gaat over de benoeming van situaties waarin de eerstelijnshulpverleners de tweedelijnshulpverleners om advies vragen en consulteren. De benadering die bij de samenstelling en invoering van de verloskundige indicatielijst gekozen is, kan met een Engelse uitdrukking gekarakteriseerd worden als 'top-down': op centraal niveau wordt een protocol ontwikkeld, dat vervolgens ter uitvoering voorgelegd wordt aan de hulpverleners. De tegenpool van deze benadering wordt gekarakteriseerd met de uitdrukking 'bottom-up'; op het niveau van de hulpverleners wordt getracht tot samenwerking te komen en wordt via formalisering van ontstane samenwerking getracht uiteindelijk te komen tot breder toepasbare protocollen. Op het gebied van protocolontwikkeling betreffende de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn, is nog maar weinig vergelijkbare ervaring opgedaan met de verschillende benaderingen. Op het gebied van de onderlinge toetsing van huisartsen is de ervaring dat het onderling opstellen van normen waaraan getoetst wordt tot betere resultaten leidt dan de benade-

ring waarbij de normen door deskundigen als het ware opgelegd worden.

We komen nu toe aan maatregelen met betrekking tot opleiding, nascholing, toetsing en ondersteuning in relatie tot substitutie. Het onderscheid tussen maatregelen op dit gebied die het accent op taakverschuiving leggen en maatregelen die het accent op vergroting van het probleemoplossend vermogen leggen is hier - naar men zal begrijpen - moeilijk te maken. In het volgende schema hebben deze maatregelen dan ook net zo goed een plaats. De meest in het oog springende maatregel is de verlenging van de huisartsenopleiding tot 2 jaar. Er is overigens in eerste instantie een curriculum ontwikkeld dat uitkomt op een opleidingsduur van drie jaar.
Effecten van een verlenging (en vernieuwing) van de opleiding zijn pas op z'n vroegst over 10 tot 20 jaar te verwachten omdat de doorstroming slechts zeer geleidelijk gaat, zo blijkt uit de doorstroming van de huisartsen die de sinds 1974 verplichte beroepsopleiding volgden: in 1986 vormen zij pas 40% van het totaal aantal praktiserende huisartsen. Bovendien lijkt verlenging van de opleiding met één jaar geen spectaculaire verandering als men bedenkt dat de opleiding in bijvoorbeeld Zwitserland, Zweden, Denemarken en Groot Brittanië 4 tot 6 jaar duurt. Een afgewogen oordeel daarover is evenwel pas mogelijk na een vergelijking van opleidingsprogramma's. Vanuit het gezichtspunt van het onderscheid tussen taakverschuiving van eerste naar tweede lijn en vergroting van het probleemoplossend vermogen is het bij een dergelijke vergelijking van belang te zien of het accent van de opleiding ligt op opleiding in de kliniek (duur van ziekenhuisstages in vergelijking tot stages in de huisartspraktijk) of op het leren samenwerken met andere eerstelijnshulpverleners.
De maatregelen op het gebied van nascholing, toetsing en ondersteuning dragen bij tot een kwaliteitsverbetering in de eerste lijn, maar door het brede en algemene karakter ervan zijn specifieke substitutie-effecten niet of nauwelijks aantoonbaar. Deze situatie zou veranderen als men dergelijke maatregelen zou toespitsen op substitutie gevoelige onderdelen. De activiteiten van ziekenfondsen, rechtstreeks door monitoring van wat men noemt de produktiecijfers van de huisartsen (aantal verwijzingen bijvoorbeeld) en indirect door het stimuleren van overleg (bijvoorbeeld op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen), gaan sterk in deze richting. Uit gesprekken met buitenlandse deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg komt naar voren dat er in

weinig landen instellingen zijn die vergelijkbaar zijn met en dezelfde mate van acceptatie kennen, als het instituut van 'adviserend geneeskundige' in Nederland.

In het experiment in Almere wordt getracht door de integrale invoering van een afwijkend systeem van gezondheidszorg een aantal knelpunten op te lossen. Integratie van de eerste lijn wordt onder meer nagestreefd door het werken vanuit gezondheidscentra en door de hulpverleners onder eenzelfde organisatorisch kader te brengen door dienstverbanden. Integratie van eerste lijn en derde lijn wordt nagestreefd door een combinatie van een verzorgingstehuis en een verpleeghuis. Het uiteindelijke doel is echter in Almere een situatie te creëren waarin een sterke eerste lijn bestaat die taken verricht die elders in grotere mate door de tweede lijn gedaan worden (zoals EHBO) en waarin de omvang van de tweede lijn bewust beperkt is. Op dit moment is er in Almere nog geen ziekenhuis. Voor tweedelijnsvoorzieningen is de bevolking aangewezen op een beperkte polikliniek in Almere en op de ziekenhuizen in het Gooi en Amsterdam. De hospitalisatiegraad van de Almeerse bevolking is op dit moment nog niet lager dan in de rest van Nederland; eerder hoger zelfs. Er moet dus nog wel een en ander gebeuren wil de centrale doelstelling van het experiment in Almere bereikt worden. Een belangrijke vraag met betrekking tot het experiment in Almere zal zijn hoe en in hoeverre de resultaten vertaald kunnen worden naar andere situaties in Nederland.

Samenvattend moeten we concluderen dat de beleidsmaatregelen gericht op taakverschuiving weliswaar in belangrijke mate gerealiseerd zijn maar dat twee factoren verstorend hebben gewerkt. Ten eerste is er gelijktijdig een taakverzwaring in de eerste lijn opgetreden veroorzaakt door maatschappelijke ontwikkelingen en een veranderde visie op ziekte en gezondheid. Ten tweede bevatten de op substitutie gerichte maatregelen nog te veel ontsnappingsmogelijkheden: het zijn veelal noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarden voor substitutie.

De tweede serie maatregelen die we bespreken, past bij een andere benadering van substitutie namelijk de idee dat een verminderd beroep op de tweede lijn zal ontstaan als de eerste lijn adequate hulp verleent afgestemd op de behoefte van de patiënt. Men zou hier de volgende maatregelen onder kunnen rangschikken (zie schema 2).

Schema 2.: maatregelen ter vergroting van het 'probleemoplossend vermogen' van de eerste lijn

- Herstructurering Kruiswerk in basiseenheden omdat begeleiding en deskundigheidsbevordering beter in grotere eenheden gerealiseerd kan worden.
- Lagere inwonersnorm voor wijkverpleging in gezondheidscentra.
- Stimuleren van wijkgezondheidscentra omdat samenwerking noodzakelijk is om de hulpverlening op een juiste manier af te stem- men op de complexe hulpvragen in de eerste lijn.
- Verruiming van de stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra tot andere vormen van samenwerking in de eerste lijn.
- Ondersteuning van samenwerking door S1 en door Regionale Ondersteunings Platforms.
- Deskundigheidsbevordering door het Koördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Eerstelijn (Kodebel).
- Stimulering van het tot stand komen van bestuurlijk overleg over samenwerking en afstemming door het Landelijk Bestuurlijk Over- leg van de vier kerndisciplines.
- Stimulering van de tot stand koming van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG).
- Experimenten met psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.
- Op beleidsniveau de integratie van onderdelen van de Maatschappelijke Dienstverlening met de Eerstelijnsgezondheidszorg.

Voor we deze maatregelen verder bespreken zijn twee opmerkingen op zijn plaats. De eerste is dat het idee van 'vergroting van het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn' in sterke mate beïnvloed is door de bewustwording van het feit dat veel problematiek waarmee hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg te maken krijgen, niet alleen somatisch is, maar ook sociale en psychische aspecten heeft of zelfs overwegend van sociale of psychische aard is. Het niet kunnen onderkennen en niet adequaat kunnen oplossen van dergelijke problemen, zou leiden tot onnodige somatisering en beroep op (somatische) specialistische hulp en diagnostiek. Het is tegen deze achtergrond niet vreemd dat de in het schema genoemde maatregelen in grote mate betrekking hebben op samenwerking in de eerste lijn en verwijs- en consultatiemogelijkheden binnen de eerste lijn. Een tweede opmerking is dat de plaatsing van maatregelen in het eerste of het tweede schema soms een arbitraire indruk maakt. Wij hebben ons bij de toewijzing aan het ene of het andere schema laten leiden door de context waarin de

maatregelen in de nota's gepresenteerd zijn.

In de maatregelen die in schema 2 opgesomd zijn, is een driedeling te maken van maatregelen die betrekking hebben op de versterking van een individuele discipline, maatregelen die betrekking hebben op de stimulering van multidisciplinaire samenwerking en maatregelen die betrekking hebben op bestuurlijke integratie. Vooral de eerste twee groepen maatregelen zouden tot gevolg moeten hebben dat meer problemen in de eerste lijn opgelost worden en dat minder mensen ten onrechte in de hogere echelons behandeld worden. Of de herstructurering van het kruiswerk en de verlaging van de inwonersnorm voor wijkverpleging een dergelijk effect gehad hebben, is niet met onderzoek aangetoond. Er is wel enige indirecte evidentie. Er zijn aanwijzingen dat regionale verschillen in de beschikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg samenhangen met het aantal ziekenhuisdagen (onder constanthouding van een aantal factoren die van invloed zijn op het aantal ziekenhuisdagen: waar de beschikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg groter is, is het aantal ziekenhuisdagen lager).
Van de in het schema genoemde maatregelen heeft de totstandkoming, ondersteuning en stimulering van multidisciplinaire samenwerking, vooral in de vorm van gezondheidscentra, verreweg de meeste aandacht gekregen gedurende de afgelopen 10 jaar. Samenwerking werd noodzakelijk geacht vanuit de idee dat een belangrijk deel van de hulpvragen in de eerste lijn een multidisciplinaire aanpak vereist. De relatie met substitutie is derhalve een tamelijk indirecte relatie. Juist hier is echter substitutie het meest zichtbaar geworden. Huisartsen in gezondheidscentra verwijzen minder patiënten naar de tweede lijn en de verpleegduur van verwezen patiënten is korter. Het effect is bekend, het achterliggende mechanisme nog niet. Doen huisartsen in gezondheidscentra meer zelf dan hun solistische collegae? Of durven ze meer risico's te nemen? Wie beïnvloedt de opnameduur en op welke wijze? Wie wordt er deskundiger van multidisciplinaire samenwerking, de wijkverpleegkundige, de algemeen maatschappelijk werkende, de gezinsverzorgende of de huisarts? Op welke wijze draagt de onderlinge afstemming van de hulpverlening bij tot minder verwijzingen? Betekent samenwerken soms een continue vorm van toetsing of sociale controle? Kortom, veel vragen die nog niet beantwoord zijn. En zo lang deze vragen niet beantwoord zijn, is het moeilijk om gericht beleid te voeren, dat, nu de groei van het aantal gezondheidscentra stagneert, toch tot soortgelijke resultaten voert in termen van lagere verwijs- en

verpleegduurcijfers. Grootschalige nieuwbouw of stadsvernieuwingsgebieden bleken in het verleden bij uitstek geschikt om gezondheidscentra op te richten maar in gevestigde structuren komen gezondheidscentra niet of nauwelijks van de grond. Home-teams lijken hier een geschiktere samenwerkingsvorm te zijn. Echter, dat samenwerking in hometeams ook gepaard gaat met lagere verwijscijfers is in onderzoek nog niet aangetoond.
Bij de stagnerende groei van het aantal gezondheidscentra speelt mogelijk een ontwikkeling een rol die we bij de bespreking van de veldinitiatieven in het derde deelrapport, geconstateerd hebben. Het lijkt erop dat in de loop van de tijd samenwerking minder als doel op zichzelf gezien wordt - gechargeerd gezegd samenwerking is goed en hoe meer en hoe intensiever er samengewerkt wordt, des te beter - maar meer gezien wordt in het kader van de verzorging, verpleging of behandeling van bepaalde categorieën patiënten; een meer probleemgerichte benadering dus. Probleemgerichte samenwerking is in veel meer organisatorische vormen mogelijk dan alleen in de vorm van gezondheidscentra. Of we nu van deze ontwikkeling veel mogen verwachten, hangt in zekere mate af van de antwoorden op de vragen die gesteld zijn rond de verklaring van het lagere verwijscijfer van huisartsen in gezondheidscentra.
We hebben al eerder gewezen op het feit dat samenwerking in de eerste lijn belemmerd wordt door de verschillen in doelpopulatie van de verschillende hulpverleners. Waar doelpopulaties verschillen ontbreekt het gemeenschappelijke doel voor samenwerking. Noch de overheid, noch de beroepsgroepen zijn er de afgelopen jaren in geslaagd dit probleem op te lossen. Het is duidelijk dat het hier de randvoorwaarden zijn die gewenste ontwikkelingen in de zorgverlening belemmeren (wat overigens niet wil zeggen dat gelijke doelpopulaties per definitie tot samenwerking leiden, het gaat ook hier weer om noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarden).

4.2. Preventie

Naast substitutie is het bevorderen van preventie in toenemende mate een hoofddoel van het overheidsbeleid geworden, zo is in hoofdstuk 3 betoogd. Als we in dit rapport over preventie spreken dan is dat uitsluitend in relatie tot de eerste lijn. Preventie en positieve gezondheidszorg zijn al sinds jaar en dag van groot belang in het volksgezondheidsbeleid. Het gaat hier echter om een specifieke ontwikkeling die we gezien hebben bij de analyse van de

beleidsnota's, namelijk dat preventie in toenemende mate als taak voor de eerste lijn gesteld wordt. Tegen deze achtergrond is het vreemd dat er toch relatief weinig nadruk gelegd wordt op relaties tussen wat wel het nulde echelon genoemd wordt en de eerste lijn.
Versterking van de preventieve activiteiten van de eerste lijn sluit als beleidsdoel nauw aan bij de concepties van de Wereld Gezondheid Organisatie.
Gezondheidsbevordering is de kern van de WHO-visie op gezondheidszorg. De gezondheid moet bevorderd worden door in te grijpen in de factoren die gezondheid beïnvloeden. Dit betekent een sterke nadruk op GVO en preventie en de noodzaak van facetbeleid (naast de gezondheidszorg zullen ook de andere sectoren aan deze ontwikkeling mee moeten werken). Als gezondheidsrisico's die voor beïnvloeding vatbaar zijn worden onder andere genoemd alcoholgebruik, roken, verkeerde voeding, te weinig bewegen, te veel medicijngebruik, stress, psycho-sociale problemen, suicide, geweldpleging en daarnaast risico's ten gevolge van verkeersonveiligheid, milieuvervuiling, slechte arbeidsomstandigheden, ongevallen in en om het huis etcetera.
In de visie van de WHO is gezondheidsbevordering zeker geen exclusieve taak van GVO en preventiefunctionarissen, in tegendeel, de eerste lijn krijgt de belangrijkste taak op dit gebied.
De WHO staat een sterke en uitgebreide eerste lijn voor ogen, geïnspireerd op de Finse gezondheidszorg. Dit betekent een uitbreiding van taken op het gebied van 'community based' preventie, screening en surveillance en een aantal adviserende en opvoedende taken bijvoorbeeld op het gebied van geboorteregeling, erfelijkheidsvoorlichting, jeugd- en kinderzorg etcetera. De eerste lijn moet bijzondere aandacht besteden aan kwetsbare groepen in de samenleving zoals gehandicapten, ouderen, chronisch zieken, eenoudergezinnen, etnische minderheden, drugsverslaafden en personen met psychische problemen en de zorg moet er op gericht zijn dat ook kwetsbare personen zo veel mogelijk een normale rol in de samenleving kunnen blijven vervullen.
De hier beschreven opvattingen kan men kort karakteriseren met de term 'community health system', en populatiegerichte gezondheidszorg met nadruk op preventie en gezondheidsbevordering. De werkelijkheid van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem staat daar nog ver van af.
Het aantal concrete beleidsmaatregelen ter versterking van de preventieve functie van de eerste lijn is zeer beperkt. Wat dat betreft is het illustratief om te zien hoeveel beleidsjaren er

verstrijken voordat woorden in daden worden omgezet. In een periode van ruim 10 jaar ziet men de volgende gang: het begrip 'preventie' wordt geïntroduceerd in het kader van het beleid met betrekking tot de eerste lijn en het belang ervan wordt door de jaren heen meer en meer benadrukt; de voordelen en opbrengsten worden van verschillende kanten belicht en de ideale situatie wordt geschetst; beleidsvoornemens worden geschreven en herschreven en uiteindelijk zijn daar de eerste beleidsmaatregelen die de randvoorwaarden betreffen en enkele experimenten; pas dan volgen directe 'preventie' maatregelen die na effectstudies enkele jaren later al dan niet bijgestuurd worden. Dit verklaart wellicht het feit dat beleidsvoornemens talrijk zijn maar de fase van concrete maatregelen nog nauwelijks is bereikt. (Dit is overigens niet specifiek voor beleid met betrekking tot preventie en de eerste lijn, het geldt voor meer ideeën in de gezondheidszorg.)
Op dezelfde manier als in de vorige paragraaf over substitutie worden ook hier de beleidsnota's bekeken. In onderstaand schema hebben wij ons beperkt tot de motivering voor beleidsvoornemens op het gebied van preventie, vanwege het simpele feit dat er nauwelijks beleidsmaatregelen op dit gebied zijn te vinden in de betreffende beleidsnota's (afgezien van het indirecte beleid dat door stimulering van bijvoorbeeld het kruiswerk ook lokale en regionale initiatieven van het kruiswerk op het gebied van preventie en GVO gestimuleerd worden).

Schema 3.: Motivering voor beleid gericht op versterking van preventieve activiteiten in de eerste lijn

- Het inzicht dat ziekten multicausaal bepaald zijn betekent dat de eerstelijnsgezondheidszorg de leefomstandigheden en leefwijze van de patiënt in de behandeling moet betrekken. Dit biedt de mogelijkheden om gezondheidsbevordering en preventie in de be- handeling te betrekken.
- De eerste lijn is door de veelvuldige contacten met de bevolking en de situering midden tussen de bevolking in een goede positie om gezondheidsrisico's te signaleren en te bewaken. Samenwerking en uitwisseling van deskundigheden met basisgezondheidsdiensten en GVO-organisaties kan hieraan een bijdrage leveren.

- De eerste lijn is door haar positie het beste in staat om de bevolking bij de gezondheidszorg te betrekken. Het bevorderen van inspraak moet gepaard gaan met het bevorderen van het dragen van mede-verantwoordelijkheid voor eigen en andermans gezond- heid. Verantwoordelijkheid van de bevolking voor zelfzorg, man- telzorg en gezonde leefwijzen vloeit hieruit voort. De betrok- kenheid van de bevolking biedt daarnaast goede ingangen om zich ontwikkelend vrijwilligerswerk te steunen.
- Een samenwerkende eerste lijn biedt de mogelijkheden om gezondheidsrisico's te signaleren die buiten de beïnvloedingssfeer van de individuele burger vallen (huisvesting, milieuvervuiling, verkeersonveiligheid etcetera).

De hier genoemde inzichten zijn terug te vinden in een aantal ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. In het basistakenpakket van de huisarts worden preventieve taken expliciet genoemd en in de praktijk is geëxperimenteerd met preventie van hart- en vaatziekten en met preventie van somatische fixatie.
Bij experimenten met preventieve taken waarbij systematisch risicogroepen opgespoord moeten worden, is gebleken dat de administratieve toerusting van huisartspraktijken en goede assistentie van groot belang zijn. Verbeteringen op het gebied van de administratieve toerusting en ondersteuning zijn op verschillende manieren te bereiken. Schaalvergroting van de huisartspraktijken, zoals in Engeland bereikt is, is een van de mogelijkheden; een andere is de samenwerking met andere organisatorische eenheden in de eerste lijn (bijvoorbeeld het kruiswerk) of buiten de eerste lijn (bijvoorbeeld de basisgezondheidszorg). Systematische beleidsontwikkeling heeft op deze gebieden nog niet plaatsgevonden.
In het kruiswerk wordt grote nadruk gelegd op gezondheidsbevorderende en preventieve taken (onder meer door preventieve huisbezoeken) naast de preventieve taken op het gebied van de jeugdzorg die altijd al tot het takenpakket van het kruiswerk behoorden. In het Algemeen Maatschappelijk Werk is preventie al vanouds een belangrijke doelstelling en de toegenomen samenwerking tussen de vier kerndisciplines kan vanuit het oogpunt van preventie een positieve ontwikkeling genoemd worden.
De zo gewenste betrokkenheid van de bevolking komt niet van de grond. Een uitzondering vormt de situatie in gezondheidscentra althans in gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband waar het gelukt is om in 89% van de gevallen patiënten/consumenten

in het bestuur te laten participeren. In hoeverre dit beïnvloed is door de speciale toelage die hiervoor in de Stimuleringsregeling is opgenomen is niet bekend.
De gewenste samenwerking tussen basisgezondheidszorg en eerste lijn is nog niet tot stand gekomen met uitzondering van enkele experimenten in grote steden en in Almere.

De richting waarin het beleid met betrekking tot preventie en gezondheidsbevordering zal gaan, is uiteengezet in de Nota 2000. Hierin wordt de sterke nadruk gelegd op factoren die de gezondheid beïnvloeden zoals erfelijke factoren, fysieke omgeving, maatschappelijke factoren en leefwijzen. Meer dan de WHO legt de Nota 2000 het accent op gezonde leefwijzen en op de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Het belang van fysieke omgeving en maatschappelijke factoren wordt niet ontkend maar tegelijkertijd wordt opgemerkt dat men van facetbeleid geen al te hoog gespannen verwachtingen kan hebben.
De eerste lijn, zoals die in de Nota 2000 wordt geschetst wijkt in één belangrijk opzicht af van de WHO-invulling: de GVO- en basisgezondheidsdiensten blijven aparte circuits en worden niet zoals in Finland in één systeem ondergebracht. Wel moeten verbindingen tussen de circuits gelegd worden, aldus de Nota.
De Nota 2000 noemt drie eisen waaraan het toekomstige gezondheidszorgsysteem moet voldoen: het moet flexibel zijn, gericht zijn op de behoefte aan zorg en voldoen aan de normen en waarden in de samenleving. Met flexibiliteit wordt bedoeld dat taken en functies niet meer uitsluitend aan bepaalde beroepsgroepen of voorzieningen gebonden hoeven te zijn maar dat verschuivingen mogelijk gemaakt moeten worden (de huidige echelonnering bemoeilijkt een vloeiend doorstromen van taken en functies en bemoeilijkt daarmee het doorstromen van de patiënt naar de meest geschikte vorm van zorg, is de teneur van de Nota).
Dat de zorg in de toekomst afgestemd moet zijn op de zorgbehoefte in de bevolking betekent dat informatiesystemen ontworpen moeten worden waar de behoefte aan zorg kwantitatief en kwalitatief uit af te leiden is. Dat de zorg moet voldoen aan de normen en waarden van de samenleving betekent dat de nadruk moet liggen op de menselijkheid van de zorg en op het welbevinden, de zelfstandigheid en de medeverantwoordelijkheid van de patiënt.
Wat betreft de organisatie van de zorg, wordt er van uitgegaan dat op het niveau van regio's van honderd tot tweehonderdvijftig duizend inwoners de zorg voor chronisch zieken geregeld wordt en

de feitelijke samenwerking plaatsvindt tussen de zorgsector en preventieve voorzieningen. De wijk van tien- tot twintigduizend inwoners is bij uitstek het domein van de eerstelijnszorg. In de wijk, zo stelt de Nota, moet het zwaartepunt van preventie liggen. Centraal staat echter de zorg voor bejaarden, chronisch zieken, kankerpatiënten, etcetera.
Op wijkniveau moeten alle eerstelijnsvoorzieningen in een coördinatiepunt samenkomen. De verzwaring van de taken van de wijkzorg en de toenemende samenwerkingsrelaties maken coördinatie noodzakelijk (verwezen wordt naar Almere en naar ervaringen in Schotland en Engeland).
Nieuw is dat in de wijk een zelfstandige verpleegeenheid wordt gepland met ongeveer 30 bedden. Deze moet dienst doen als een soort noodvoorziening als ziekenhuisopname niet geïndiceerd is maar thuisverpleging niet mogelijk is. Deze voorziening maakt ook dagverpleging mogelijk. Op wijkniveau moet ook gedacht worden aan functies als beschermd wonen, dagopvang en sociaal psychiatrische begeleiding. Dit betekent een uitbreiding van taken op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het bejaardenoord heeft ook een relatie met de gezondheidszorg omdat het onderscheid tussen bejaardenoord en verpleeghuis de neiging heeft kleiner te worden en omdat de wijkverpleging steeds meer diensten binnen het bejaardenhuis vervult.
Afsluitend kunnen we vaststellen dat de ideeën rond de preventieve en gezondheidsbevorderende taken van de eerste lijn nog weinig geconcretiseerd zijn in het overheidsbeleid. Dit betekent ook dat over de mate waarin beleid gerealiseerd is, nog nauwelijks iets te zeggen valt. Bij de bespreking van maatregelen die substitutie als achterliggend doel hebben, konden we ons baseren op resultaten van onderzoek. Hier kunnen we weinig meer zeggen dan dat het onderzoek nog plaats moet vinden.

5. SLOTBESCHOUWING

Elk van de drie eerder verschenen deelrapporten van het onderzoek 'Naar een sterkere eerste lijn?' is afgesloten met een slotbeschouwing waarin enige afstand genomen werd van het onderzoeksmateriaal en enkele suggesties gedaan werden voor oplossingen van beleidsproblemen met betrekking tot de eerste lijn. Deze suggesties pretendeerden niet meer te zijn dan handvatten voor een discussie over toekomstig beleid op het gebied van de eerste lijn. Met deze zelfde beperkte pretentie sluiten we ook dit rapport af.

De uitbreiding van het takenpakket van de huisarts met tweedelijnstaken (of, zo men wil het terugwinnen van verloren terrein) was en blijft een belangrijk beleidsdoel. De realisering van een uitbreiding van taken is afhankelijk van de vraag of de huisarts dat kan en wil; door de WHO wordt daarbij nog benadrukt dat een verschuiving acceptabel moet zijn voor de bevolking. Bij een taakverschuiving zal nagegaan moeten worden welke taken de huisarts goed beheerst en welke de taken zijn waarover men zich minder zeker voelt (bijvoorbeeld plaatsen van een IUD, een deel van de kleine chirurgie, diagnostische verrichtingen of interpretaties). In dit laatste geval zijn gerichte nascholing om dergelijke taken te gaan uitvoeren en de aanschaf van vereiste apparatuur nodig. Bij taken die de huisarts naar zijn zeggen goed beheerst is uitvoering afhankelijk van een gelijktijdige beperking van deze taken in de tweede lijn. Zolang specialisten echter de deskundigheden van de huisarts in twijfel trekken, gekoppeld aan het feit dat het afstoten van taken inkomensverlies voor specialisten betekent, zal een beperking van tweedelijnstaken niet tot stand komen. En dit betekent dat de bij een deel van de bevolking levende opvatting dat het beter is om naar de specialist te gaan, niet verandert. Als de eerste lijn geen hoogwaardige kwaliteit levert die acceptabel is voor de bevolking, zal tweedelijnsbehandeling in een aantal gevallen geprefereerd worden. Het feit dat patiënten hun wensen meer dan vroeger kenbaar durven maken en het feit dat in de huidige visie op hulpverlening rekening gehouden moet worden met de wensen van de patiënt, plaatst de huisarts in de positie dat hij tegen twee stromen in moet werken. Als daarbij nog in acht wordt genomen dat de huisarts geen enkel voordeel van 'meer zelf doen' ondervindt dan wordt de kans op taakverschuiving wel erg klein.

Het feit dat huisartsen een aantal taken expliciet in het basistakenpakket hebben opgenomen doet daar niets aan af. Hier geldt dat collectieve belangen van een andere orde zijn dan de belangen van elke individuele huisarts afzonderlijk en daar zullen de veranderingen tenslotte vandaan moeten komen.
Afgezien van aanpassing van de honorering van huisartsen, die hierna aan de orde komt ligt krachtige stimulering van deskundigheidsbevordering voor de hand. Taakverschuivingen van tweede naar eerste lijn stellen ook eisen aan de deskundigheden van de andere eerstelijnshulpverleners. Omdat de opleiding pas op de lange duur effecten oplevert, is nascholing op dit moment het enige middel. De nascholing zal op specifieke substitutiegevoelige taken gericht moeten zijn en van een zodanig niveau dat specialisten de deskundigheid van de eerste lijn terzake wel moeten erkennen. De nieuwe deskundigheden moeten aan de patiëntenpopulatie bekend gemaakt worden. In een onlangs verschenen nota van de Landelijke Huisartsen Vereniging is in dit kader voorgesteld te gaan werken met registratie van afzonderlijke taakgebieden of 'aantekeningen'. De keerzijde hiervan kan evenwel zijn dat patiënten voor klachten op terreinen waarvoor de huisarts geen speciale aantekening heeft, juist eerder een specialist raadplegen.

Naast de kwaliteit zijn de honorering en financiering belangrijke factoren met betrekking tot taakverschuiving, iets wat al jaren erkend maar nog nooit veranderd is.
Wat betreft de stroomlijning van de financiering van de eerste lijn, zou uitbreiding van de AWBZ-financiering een oplossing kunnen bieden. Overigens biedt dat tevens de mogelijkheid andere problemen aan te pakken door op een goede manier gebruik te maken van de ruimte die geboden wordt door het instrument van de erkenningseisen voor AWBZ-financiering.
Wat de honorering betreft, staat de honorering van huisartsen in de aandacht. Zelfs in de Structuurnota werd al opgemerkt 'dat de overheid ervoor moet zorgen dat het tarief- en honoreringssysteem geen stimulans bevat voor behandeling van de patiënt in een hoger echelon'. De Commissie Dekker stelt voor een beperkt abonnementshonorarium voor beschikbaarheid van de huisarts en verder honorering van specifieke activiteiten zoals op het gebied van verloskunde, kleine chirurgie, jeugdgezondheidszorg etcetera.
De vraag hierbij is of speciale deskundigheden gehonoreerd moeten worden (zoals bijvoorbeeld de hiervoor genoemde 'aantekening') of dat het honorarium gebaseerd zou moeten zijn op aantallen verrich-

tingen. In Denemarken is dit laatste systeem van kracht. Het inkomen van de huisarts bestaat hier voor ongeveer de helft uit een abonnementshonorarium en voor de andere helft uit betalingen voor consult/visite, voor bepaalde diagnostische verrichtingen, voor een aantal therapeutische ingrepen zoals EHBO en kleine chirurgie en voor een aantal preventieve activiteiten. Engeland hanteert een ander systeem dat slechts voor een zeer klein deel op verrichtingen gebaseerd is en grotendeels op de bewerkelijkheid van de praktijk en op speciale deskundigheden. De hoogte van het abonnementshonorarium is afhankelijk van de bewerkelijkheid van patiënten (i.c. de leeftijd) en een deel van de praktijkkosten wordt op basis van de werkelijk gemaakte kosten vergoed. Daarnaast zijn er speciale toelagen voor vestiging in bepaalde gebieden, voor bepaalde praktijkvormen en voor opleiding en ervaring van de huisarts.
De mogelijkheid moet open gehouden worden dat het ene systeem niet beter is dan het andere maar dat het vooral de combinatie is met de honorering van specialisten - in beide landen in loondienst - die de systemen aantrekkelijk maken. Beide systemen hebben ook voor- en nadelen die we kort belichten. Het voordeel van betaling per verrichting is de directe sturing die mogelijk is: het soort verrichting dat gestimuleerd moet worden, wordt extra gehonoreerd. Het directe nadeel is de administratieve rompslomp (en kosten) die het systeem met zich meebrengt. Daarnaast kleven er geen direct aantoonbare nadelen, maar wel gevaren aan dit systeem. De mogelijkheid bestaat dat onnodige verrichtingen gedaan worden om het inkomen te vergroten of dat verrichtingen gedaan worden waarvoor men niet alle deskundigheden bezit. Een tweede gevaar schuilt in een mogelijke mentaliteitsverandering die een verrichtingensysteem zou kunnen bewerkstelligen. Een dergelijk systeem stimuleert het denken in termen van winst en verlies en dat kan niet alleen leiden tot méér doen maar ook tot minder doen, namelijk minder doen aan activiteiten die niet apart gehonoreerd worden: waarom zou men nog energie investeren in werk dat niets oplevert? Extreem gesteld kan dit leiden tot een benadering van de patiënt in termen van 'wat levert hij mij op' in plaats van 'wat is de beste hulp voor deze patiënt'.
Ook aan het andere systeem - het gedifferentiëerd abonnementshonorarium - zijn nadelen verbonden. Er is minder directe sturing mogelijk dan in het verrichtingensysteem en wie garandeert dat de extra gehonoreerde deskundigheden ook daadwerkelijk gebruikt worden in de directe patiëntenzorg. Hierop is wel enige controle

mogelijk aan de hand van het verwijscijfer en men kan ook wel enig vertrouwen hebben in de beroepseer, maar de zekerheid is er niet. De voordelen van het systeem liggen vooral in de eenvoud en de doorzichtigheid ervan en in de vermijding van administratieve procedures. Daarnaast is het voordeel dat de hiervoor genoemde gevaren van het verrichtingensysteem niet optreden en dat het systeem inzichtelijk is voor patiënten. Het feit dat speciale deskundigheden extra gehonoreerd worden zal waarschijnlijk bijdragen in het vertrouwen dat de patiënt in die deskundigheden heeft.
Tot slot een derde variant. In Finland zijn alle huisartsen in loondienst. Geen prikkels tot verschuiving of meer doen dus maar wel een gelijke behandeling van alle hulpverleners die daar in gezondheidscentra werkzaam zijn. De gedachte om niet alleen de financiering van de eerste lijn te stroomlijnen, maar ook de honorering van de hulpverleners - of om de honorering van de hulpverleners op elkaar te doen aansluiten - zou in de overwegingen rond wijziging van de honorering van huisartsen betrokken kunnen worden.

De basisgezondheidszorg is een afzonderlijke sector in de Nederlandse gezondheidszorg - ook in de veel meer populatiegerichte ideeën in de Nota 2000. In Finland en de andere Scandinavische landen is de eerste lijn breder gedefinieerd en omvat ook een aantal diensten die in Nederland tot de basisgezondheidszorg worden gerekend. In Engeland is dat ook zo maar daar zijn meer verschillen in (organisatorische) positie tussen de curatieve sector en de preventieve sector. In Nederland zijn de circuits vrij sterk gescheiden maar de functies wat minder: de eerste lijn vervult al een aantal preventieve functies naast de curatieve en er bestaat de tendens om dergelijke functies uit te breiden bijvoorbeeld op het gebied van patiëntenvoorlichting en op het gebied van screening en surveillance. Bij dergelijke ontwikkelingen kan men de volgende overwegingen betrekken. De ervaringen die tot nu toe in de huisartspraktijk zijn opgedaan met preventieve activiteiten zijn niet erg hoopgevend. Tot nu toe stellen huisartsen zich weinig actief op, wat onder andere te maken heeft met geloof in het nut van preventie, met ideeën over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en met het ontbreken van een aangepaste praktijkorganisatie. Toch bleek eeen aantal experimenten op dit gebied goed uitvoerbaar en werden bijvoorbeeld met hypertensiebestrijding doorgaans positieve resultaten geboekt. De positieve resultaten verdwijnen echter na enkele jaren als de praktijkvoering en prak-

tijkadministratie (automatisering) niet blijvend aan dit type werk aangepast worden. Belangrijk is de rol die de praktijkassistente in dit opzicht kan vervullen zowel wat betreft registratie en organisatie als wat betreft taken die zij van de huisarts over kan nemen. Dit gegeven is niet alleen voor preventie interessant maar leidt ook tot de volgende overweging. Er zijn grenzen aan uitbreiding van het takenpakket van de huisarts (met tweedelijnstaken, thuiszorg, preventie, voorlichting, samenwerking etcetera). Misschien behoort taakverschuiving naar de doktersassistent tot de mogelijkheden en/of het inschakelen van meer hulppersoneel zoals in Engeland het geval is. Daar kent men de 'praktijkzuster'; dit is een verpleegkundige die in loondienst is bij een een groep huisartsen en die ingeschakeld wordt bij eerste hulp activiteiten, zorg voor chronische patiënten en dergelijke.

Taakverzwaring zal er niet alleen zijn aan de kant van de huisarts, maar ook bij wijkverpleging en gezinsverzorging. De capaciteit van de verpleeghuizen is beperkt, terwijl het aantal verplegings- en verzorgingsbehoeftigen toeneemt. In de Nota 2000 is voorgesteld om verpleegeenheden in de wijk te creëren om ziekenhuisopname te voorkomen en dagbehandeling mogelijk te maken. Ook biedt het de mogelijkheden 'mantelzorgers' even te ontlasten als de situatie onhoudbaar dreigt te worden. Met deze voorziening is met name in Finland ervaring opgedaan. Elk gezondheidscentrum beschikt daar over een aantal bedden (3,5 per 1000 inwoners) voor observatie, diagnostiek, eenvoudige behandeling en verpleging. Uit het oogpunt van continuïteit van zorg is dit een positieve ontwikkeling, omdat de huisarts de behandeling kan voortzetten ook als dit thuis niet meer mogelijk is. In grotere eenheden verdwijnt echter dit voordeel omdat dan al gauw de tendens tot arbeidsverdeling bestaat. De patiënten die in de gezondheidscentra worden opgenomen zijn voor een deel acuut zieken, vooral als er geen ziekenhuis in de buurt is, maar zijn merendeels oudere en chronisch zieke patiënten. In de praktijk vervullen deze voorzieningen dan ook vooral een verpleeghuisfunctie. Voor de Nederlandse situatie moet een aantal overwegingen in de besluitvorming worden betrokken. Het creëren van nieuwe voorzieningen gaat altijd een eigen vraag creëren tenzij de voorziening expliciet als vervanging gepland wordt zoals bijvoorbeeld in de Geestelijke Gezondheidszorg gebeurd is met de sociaal psychiatrische dienstencentra. Als de verpleegeenheden een vervanging moeten worden is de vraag wat ze moeten vervangen; ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden of bedden

in de ziekenboeg van bejaardenoorden. In de laatste twee gevallen kunnen economische motieven nauwelijks een rol spelen omdat de kosten elkaar niet veel zullen ontlopen. Wel kan men ideologische motieven aanvoeren: in de wijk is men dichter bij huis. In de afgelopen jaren hebben in Nederland overigens enige experimenten plaatsgevonden die de moeite waard zijn om in de overwegingen te betrekken. Een experiment betreft het beschikbaar stellen van kamers in een bejaardenoord voor thuisverpleegde patiënten om de belasting van de mantelzorg tijdelijk te verlichten. Aansluiting bij bestaande voorzieningen verdient serieuze overweging.

Gegeven de verwachte toename van de behoefte aan verpleging en verzorging is een efficiënte inrichting van de zorg binnen de eerste lijn van groot belang. Substitutie binnen de eerste lijn behoort wellicht tot de mogelijkheden.
De zorgbehoeften liggen vaak op het grensvlak tussen wijkziekenverzorgenden en gezinszorg. De huidige samenwerkingsprojecten die hier en daar tussen wijkverpleging en gezinsverzorging tot stand gekomen zijn, kunnen informatie aandragen met betrekking tot afstemming en mogelijke substitutie. Als men op dit moment echter moet constateren dat een geplande volume uitbreiding van het kruiswerk gepaard gaat met het inkrimpen van de gezinsverzorging, dan wekt praten over subsitutie op zijn minst bevreemding.

In het denken over de toekomst van onze gezondheidszorg worden steeds meer vraagtekens gezet bij de wenselijkheid van het handhaven van een geëchelonneerde gezondheidszorg. Flexibiliteit van het systeem door het denken in termen van zorgfuncties en niet in termen van beroepsgroepen en lijnen staat voorop.
Voor een evenwichtige gedachtenvorming rond deze ideeën is het van belang een onderscheid te maken tussen de in principe gezonde bevolking waarmee de eerste lijn te maken heeft en het geselecteerde deel van de bevolking waarmee de tweede lijn te maken heeft. Een gelaagde gezondheidszorg met de verwijzing als toegang tot de hogere echelons zorgt ervoor dat de selectie van zieken uit de in principe gezonde bevolking zo zorgvuldig mogelijk geschiedt. Een functionele organisatie over de hele linie zou dit selectieproces in gevaar kunnen brengen. Na de selectie lijkt een functionele aanpak echter van belang. We hebben er al op gewezen in het vorige hoofdstuk: in de geëchelonneerde gezondheidszorg is de toegang goed geregeld, maar over de zorg voor bijvoorbeeld patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden is weinig geregeld.

Hier is het mogelijk om een functioneel organisatieprincipe te kiezen: welke zorg is voor deze patiënt nodig en wie kan deze zorg gegeven de lokale situatie het beste geven. In alle discussies over flexibilisering en functionele organisatie is het van belang om niet een belangrijke verworvenheid van de Nederlandse gezondheidszorg, namelijk een goede selectie van zieken uit een in principe gezonde bevolking, over boord te zetten.