

Volksgezondheid
Toekomst
Verkenning

Zorg in de grote steden

rivm

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu


nivel

Zorg in de grote steden

Zorg in de grote steden

H. Verkleij (RIVM)
R.A. Verheij (NIVEL)



Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2003 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Samen met
NIVEL
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie en auteurs geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM. Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270556007
ISBN 90 313 4125 8
NUGI 741

VOORWOORD

In 2001 verscheen het RIVM-rapport 'Gezondheid in de grote steden'. In dit rapport werd geconcludeerd dat grote steden te maken hebben met een grote diversiteit aan bevolkingsgroepen met een slechtere gezondheidstoestand en dat deze gezondheidsproblemen zich concentreren in bepaalde wijken van de grote steden. Om de geconstateerde gezondheidsachterstanden te verminderen zou het beleid zich moeten richten op gezond gedrag en een gezonde leefomgeving. Bovendien werd geconcludeerd dat een goede en toegankelijke zorg in de grote steden van groot belang is. Dit laatste onderwerp staat centraal in het rapport dat nu voor u ligt.

In de Beleidsagenda 2003 van het Ministerie van VWS staat te lezen 'Ons beleid is erop gericht dat mensen noodzakelijke zorg van goede kwaliteit krijgen (...). De zorg moet daarbij zoveel mogelijk afgestemd zijn op de vragen en behoeften van degenen die van de zorg gebruik maken'. Een rapport met als thema toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de grote steden sluit dan ook goed aan bij de speerpunten van mijn departement. Goede zorg in de grote steden is van groot belang. Niet alleen om tegemoet te komen aan de grote en complexe hulpvraag die de eerder geconstateerde gezondheidsachterstanden met zich meebrengen. Maar ook om deze achterstanden te verminderen en om een passend zorgaanbod te leveren voor de verschillende bevolkingsgroepen in de stad.

Dit rapport heeft als titel meegekregen 'Zorg in de grote steden'. Hierin zijn recente studies naar ontwikkelingen in gezondheid, zorggebruik, zorgaanbod en kwaliteit van zorg in de grote steden gebundeld. Het geeft een beschrijving van de huidige stand van zaken en werpt een blik op de toekomst. De auteurs gaan hierbij het benoemen van knelpunten niet uit de weg. Het bevat een analyse van het beleid van de afgelopen jaren en formuleert aanknopingspunten voor toekomstig beleid.

Het rapport is tot stand gekomen in een vruchtbare samenwerking tussen RIVM en NIVEL, en met medewerking van landelijke onderzoeksinstituten, universiteiten en verschillende GGD-en. Het onderzoek is begeleid door een ambtelijke adviesgroep van het Ministerie van VWS, waarin ook het Ministerie van BZK was vertegenwoordigd.

De verschillende partijen – of liever gezegd partners – die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in de grote steden worden in dit rapport op hun respectievelijke rollen en verantwoordelijkheden aangesproken. Want de zorg in de grote steden is niet alleen een taak van de landelijke overheid. Het is een samenspel van de lokale, provinciale en landelijke overheid met zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntengroeperingen. De uitdaging voor het Ministerie van VWS voor de komende jaren zal dan ook zijn om, tezamen met al die verschillende partners, te komen tot een beleid dat recht doet aan de complexe zorgvraag in de grote steden.

Voor ieder van de eerder genoemde partijen bevat het rapport 'Zorg in de grote steden' belangwekkende informatie, en ik beveel dit rapport dan ook van harte ter lezing aan.

Mr. R. Bekker,
Secretaris-Generaal
Ministerie van VWS

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

KERNBOODSCHAP 9

ABSTRACT 15

- 1 WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER? 17
- 2 STEDELIJKE ONTWIKKELINGEN IN GEZONDHEID, ZORGAANBOD, ZORGGEBRUIK EN KWALITEIT VAN ZORG 23
 - 2.1 Inleiding 23
 - 2.2 Wat is de specifieke gezondheidsproblematiek in de grote steden? 26
 - 2.3 Wat zijn specifieke kenmerken van het zorgaanbod in de grote steden? 31
 - 2.4 Welke capaciteitstekorten spelen in de grote steden sterker dan elders? 35
 - 2.4.1 Is er een groter huisartsentekort in de grote steden dan elders? 35
 - 2.4.2 Is er een groter tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden in de grote steden dan elders? 41
 - 2.4.3 Is er een tekort aan ambulante geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam? 43
 - 2.4.4 Zijn de wachtlijsten in de grote steden groter dan elders? 46
 - 2.5 Duiden gegevens over zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem in de grote steden? 50
 - 2.5.1 Hoe is dat onder de autochtone bevolking? 50
 - 2.5.2 Hoe is dat onder de allochtone bevolking? 56
 - 2.6 Sluit het zorgaanbod in de grote steden aan bij de verwachtingen van de allochtone bevolking? 64
 - 2.7 Conclusie 70
- 3 WAT BRENGT DE TOEKOMST? 73
 - 3.1 Inleiding 73
 - 3.2 Gezondheid en zorg in de grote steden: een toekomstverkenning 73
 - 3.3 Hoeveel nieuwe huisartsen zijn er in 2010 nodig in de grote steden? 77
 - 3.4 Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden zich in de grote steden tot 2005? 83
 - 3.5 Conclusie 87
- 4 WAT DOEN WE AAN DE ZORGPROBLEMEN IN DE GROTE STEDEN? 89
 - 4.1 Inleiding 89
 - 4.2 Wat is het landelijk beleid? 90
 - 4.2.1 Welk beleid voert VWS voor de zorg in de grote steden? 90
 - 4.2.2 Welke projecten financiert het huisartsenachterstandsfonds? 101

- 4.3 Wat doen de grote steden? 106
 - 4.3.1 Wat is het gemeentelijk zorgbeleid van de grote steden? 106
 - 4.3.2 Hoe past de zorg in het grotestedenbeleid? 116
- 4.4 Waar liggen spanningsvelden in het beleid? 121
- 4.5 Conclusie 122

5 HOE KAN HET BETER? 125

LITERATUUR 131

BIJLAGEN

1. Samenstelling beleidsadviesgroep 'Zorg in de grote steden' 137
2. Lijst van auteurs 138
3. Samenstelling GGD-werkgroep grotestedenbeleid 139
4. Geraadpleegde referenten 140
5. Begrippenlijst 141
6. Afkortingen 143
7. Indeling grote steden naar deelname grotestedenbeleid 145
8. Bevolkingskenmerken en verstedelijkingsgraad grote steden per 1 januari 2002 146
9. Indeling AWBZ-regio's 147
10. Gebruik van zorgvoorzieningen onder specifieke bevolkingsgroepen 148
11. Literatuuroverzicht kwaliteit van zorg voor allochtonen in de grote steden 150
12. Indeling arbeidsmarktregio's 153
13. Overzicht projecten huisartsenachterstandsfondsen in de drie grootste steden en overige steden 154
14. Voorbeelden gemeentelijke gezondheidszorginitiatieven in de grote steden 156

REGISTER 165

KERNBOODSCHAP

De gezondheid van bewoners van de grote steden is slechter dan in de rest van Nederland, vooral in achterstandswijken. Dit roept de vraag op welke bijdrage de gezondheidszorg kan leveren om deze situatie te verbeteren. Bij veel mensen, zeker in de grote steden, bestaat het gevoel dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg onder druk staan, bijvoorbeeld door het tekort aan huisartsen. Dit gevoel wordt door de bevindingen in dit rapport op een aantal punten bevestigd, op andere niet. Deels betreft het knelpunten die ook landelijk spelen, deels gaat het om typische problemen van de grote steden.

Belangrijkste bevindingen

De zorgvraag in de grote steden is omvangrijker, diverser en complexer dan elders

- In de grote en middelgrote steden wonen naar verhouding veel mensen met een zwakkere sociaal-economische positie en, daarmee samenhangend, een minder goede gezondheid.
- In de grote steden zijn ook meer allochtone groepen, met elk hun eigen specifieke gezondheidsproblemen en hulpvragen. In de afgelopen jaren zijn deze groepen zowel in omvang als in diversiteit sterk gegroeid.
- Ook de concentratie van zogenoemde marginale groepen, zoals dak- en thuislozen, drugs- of alcoholverslaafden, ex-psychiatrische patiënten, vereenzaamde ouderen en illegalen in de grote steden maakt de zorgvraag er vaak ingewikkelder dan elders.
- Het algemene streven om ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en psychiatrische patiënten zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, vergroot het beroep op de eerstelijnszorg en stedelijke voorzieningen en versterkt de diversiteit van de zorgvraag.
- Deze knelpunten spelen het sterkst in de zogenoemde achterstandswijken, maar niet uitsluitend.

De werklust van huisartsen is hoger in de grote steden en er is een groter tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden

- Huisartsen en andere zorgverleners in de grote steden worden vaker dan hun collega's elders geconfronteerd met niet louter medische problemen, zoals verslaving, werkloosheid, vereenzaaming of woningnood en 'lastige patiëntencontacten' zoals agressief of eisend gedrag.
- Het aantal patiëntcontacten per huisarts in de grote steden is de afgelopen tien jaar sterker toegenomen dan elders. De werklust is momenteel het grootst in achterstandswijken.
- Het aantal vacatures per honderd banen in de gezondheids- en welzijnszorg ligt in Amsterdam boven het landelijk gemiddelde. Voor het aantal moeilijk vervulbare vacatures is dat ook in Den Haag en Rotterdam het geval. In Utrecht ligt het aantal vacatures onder het landelijk gemiddelde.

De toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de grote steden staan extra onder druk

- Er zijn duidelijke signalen – ook van zorgverleners – dat de kwaliteit van de zorg voor allochtonen niet optimaal is, en dat bepaalde groepen allochtonen minder gebruikmaken van een deel van de Nederlandse zorgvoorzieningen dan gezien hun zorgbehoefte wenselijk is.
- Veel partijen, waaronder gemeentebesturen en GGD-en van de grote steden, signaleren dat ‘schotten’ tussen zorgsectoren een goede zorg voor patiënten met meervoudige problemen bemoeilijken.
- Desondanks zijn in de grote steden de wachtlijsten niet systematisch langer en weten mensen de weg naar de zorg over het algemeen nog goed te vinden. Dat geldt ook voor sociaal-economisch zwakkere stadsbewoners en grote delen van de allochtone bevolking.

De knelpunten in de zorg in de grote steden nemen de komende jaren waarschijnlijk toe

- De omvang en diversiteit van groepen met gezondheidsachterstand, met specifieke gezondheidsproblemen en met specifieke of complexe zorgvragen nemen naar verwachting extra toe in de grote steden.
- Het aantal huisartsen in de grote steden zal harder moeten groeien dan elders in Nederland om de hoge werklast te verminderen. De huidige aspirant-huisartsen hebben echter weinig belangstelling om in de grote steden te gaan werken. Daardoor dreigen tekorten te ontstaan.
- De krapte op de grootstedelijke arbeidsmarkt voor verpleegkundig en verzorgend personeel verbetert op korte termijn door de verslechterde economie, maar dat betekent nog niet dat er sprake is van een structurele verbetering.

Ook andere ontwikkelingen zetten de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in de grote steden onder druk, bijvoorbeeld huisvestingsproblemen en marktwerking

- De toenemende druk op de ruimte in de grote steden maakt het moeilijker om geschikte en betaalbare panden te vinden voor huisartspraktijken, gezondheidscentra en andere zorgvoorzieningen.
- Problemen van huisvesting, bereikbaarheid (inclusief parkeren) en sociale veiligheid kunnen het voor artsen, verpleegkundigen en verzorgenden onaantrekkelijk blijven maken om in de grote steden te werken.
- Marktwerking, decentralisatie van verantwoordelijkheid en ‘zorg op maat’ onder regie van de zorgverzekeraars hebben tot doel de diversiteit en kwaliteit van de zorg voor de meeste burgers te verbeteren. Het zorgaanbod wordt hierdoor wel veelvormiger en onoverzichtelijker. Bovendien passen zorgnetwerken, meer uitreikende of bemoeiende zorg minder goed in het ‘rationele’ marktmodel voor de zorg. Daardoor bestaat het gevaar dat minder mondig, kwetsbare, of zelfs zorgmijdende groepen, juist in de grote steden, onvoldoende hun weg vinden in het zorgaanbod.

Wat zou er moeten gebeuren?

Om het tij te keren en de gezondheids- en zorgproblemen in de grote steden ook in de toekomst het hoofd te kunnen bieden, zijn allereerst samenhangende, preventieve maatregelen nodig. Deze moeten gericht zijn op de bevordering van gezond gedrag en een gezonde leefomgeving. Daarnaast zijn er uitdagingen voor de zorgverlening in de steden. Deze liggen in:

- 1) de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor *specifieke groepen*,
- 2) het opbouwen van benodigde *samenwerking en samenhang* in de zorg voor patiënten met meervoudige problemen,
- 3) het oplossen van knelpunten in de *arbeidsmarkt* van het zorgpersoneel zoals huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden.

Deze uitdagingen worden ook nu al in de praktijk op vele manieren aangepakt. Verbeteringen zijn niet te vinden in één enkele concrete maatregel, maar juist in met elkaar samenhangende maatregelen. Visies kunnen daarbij verschillen en er zijn spanningsvelden tussen oplossingsrichtingen. Onderstaande aanbevelingen beogen daarom vooral een bijdrage te leveren aan de discussie.

In alle sectoren van de zorg, of het nu gaat om preventie, cure, care of welzijn, zijn extra maatregelen nodig om kwetsbare groepen even effectief te bereiken als andere Nederlanders. Voorbeelden zijn:

- Het specifieke doelgroepenbeleid van VWS voortzetten en intensiveren om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen, de interculturalisatie van de zorg te bevorderen en de zorg voor marginale groepen te versterken.
- Voorrang geven aan het versterken van de eerste lijn in de achterstandswijken van de grote steden. Dit kan onder andere door de inzet te stimuleren van zorgverleners die in staat zijn met zorgvragen van specifieke doelgroepen om te gaan. Een voorbeeld hiervan zijn allochtone zorgconsulenten.
- Rekening houden met de grotere zorgzwaarte in de grote steden bij de financiering van de zorg.

In de grote steden moet extra aandacht worden besteed aan samenhang in de zorg, omdat de zorgvraag hier complexer is en omdat de samenwerking door het grote aantal zorgverleners moeilijker vorm is te geven

- Samenwerking kan op veel verschillende manieren bevorderd worden, bijvoorbeeld door de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren, door afspraken te maken over taakverdeling, door gezamenlijke huisvesting en door taakverlichting, zodat zorgverleners meer tijd krijgen voor overleg. Maar belangrijk is ook om de samenhang voor patiënten en burgers duidelijk te maken door onder meer het organiseren van zorgketens en het maken van één loket waar zij met hun vragen terecht kunnen.
- In de grote steden is een aantal voorbeelden van succesvolle samenwerking bekend, zoals goedlopende gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn, zorgnetwerken voor de vroege signalering van ernstige

psychische problemen en organisatorische ondersteuning van samenwerking binnen de eerste lijn. Dergelijke succesvolle samenwerkingsprojecten moeten met voorrang gestimuleerd worden in andere steden en andere achterstandswijken.

- Hetzelfde geldt voor succesvolle projecten die beogen de samenwerking te bevorderen tussen gemeentelijke zorgvoorzieningen gericht op preventie en welzijn en de gezondheidszorgvoorzieningen in de cure- en de caresector.

Het moet voor zorgverleners aantrekkelijker worden gemaakt om in de grote steden te werken. Initiatieven om dit te bereiken zijn:

- Er moet voldoende landelijke opleidingscapaciteit zijn voor huisartsen. Ook kunnen de taken van huisartsen worden herschikt. Verder moet de instroom van verpleegkundigen en verzorgenden worden bevorderd en de uitstroom tegengegaan bijvoorbeeld door herintreding te stimuleren en door goede faciliteiten voor kinderopvang te scheppen. Om de extra tekorten in de grote steden te verminderen zal eerst het *landelijke* tekort aan zorgverleners weggenomen moeten worden.
- Daarnaast kunnen maatregelen die het werk in de grote steden aantrekkelijker maken en die goed lijken te werken gecontinueerd worden en meer aandacht krijgen. Voorbeelden van zulke maatregelen zijn het extra honorarium voor huisartsen in achterstandswijken en het Huisartsenachterstandsfonds dat een breed scala aan innoverende projecten heeft gefinancierd. Ook in een nieuwe financieringsstructuur voor de eerstelijnszorg zou een dergelijke mogelijkheid herkenbaar terug moeten komen.
- Alleen het uitbreiden van de landelijke capaciteit aan verpleegkundigen en verzorgenden zal waarschijnlijk onvoldoende zijn om de tekorten in de grote steden weg te werken. Vooral in de drie grootste steden zijn extra inspanningen nodig om het werken er aantrekkelijker te maken.

Welke rol hebben de verschillende partijen en hoe kunnen zij samenwerken?

Om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren moeten verschillende partijen met elkaar samenwerken. In dit rapport staan vooral de lokale en landelijke overheid centraal. Zij zijn echter niet de enige partij in de zorg, en ook niet de belangrijkste.

Wel zijn zij een onmisbare, voorwaardenscheppende partij

- Zorgverleners en vooral zorgverzekeraars hebben in toenemende mate het voortouw bij het vormgeven van de gezondheidszorg, ook in de grote steden, en dus ook voor de zorg die nodig is voor kwetsbare groepen in de grote steden. Sommige zorgverzekeraars zetten zich traditioneel al extra in voor deze groepen. Het is echter noodzakelijk dat *alle* zorgverzekeraars dit doen, ook in een nieuw zorgstelsel waarin zorgverzekeraars meer met elkaar gaan concurreren.
- De landelijke overheid (VWS) moet de noodzakelijke randvoorwaarden scheppen voor adequate zorg in het hele land. Daarbij moet de overheid rekening houden met de specifieke kenmerken van de zorg in de grote steden. VWS kan een bijdrage leveren door doelen te stellen, wet- en regelgeving aan te passen, financiële maatregelen te nemen en verantwoordelijkheden te verduidelijken en te monitoren.

Er zijn verschillende instrumenten waarmee de landelijke overheid de zorg in de grote steden kan helpen verbeteren en die als een samenhangend geheel gepresenteerd kunnen worden. Deze variëren van 1) het flexibel maken van algemene maatregelen zodat daarbinnen rekening gehouden kan worden met de lokale situatie in de grote steden 2) het met voorrang invoeren van nieuwe maatregelen in de grote steden, en 3) het in een enkel geval verlenen van een uitzonderingspositie aan zorgverleners of gemeentebesturen van de grote steden, aan de hand van duidelijke criteria.

In de discussie over de stelselherziening dient VWS apart aandacht te schenken aan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Dit zal in de komende jaren steeds belangrijker worden. Zonder die samenwerking zal een goede, samenhangende zorginfrastructuur in de achterstandswijken moeilijk van de grond komen.

- Gemeentebesturen van de grote steden hebben slechts beperkte invloed op de organisatie van de gezondheidszorg. Wel kunnen en moeten ze helpen om personeels- en huisvestingsproblemen op te lossen, onder meer door te zoeken naar mogelijkheden om zorgpersoneel voorrang te verlenen bij het vinden van woonruimte, hen voorrang te geven bij parkeervergunningen en door in bestemmingsplannen voldoende ruimte te scheppen voor gezondheidsvoorzieningen in de achterstandswijken. Doordat gemeenten het voortouw hebben bij het vormgeven van de preventieve en welzijnszorg, kunnen en moeten ze het initiatief nemen bij het afstemmingsoverleg met de lokale gezondheidszorgvoorzieningen om samenhangende zorgvoorzieningen te scheppen.
- Het grotestedenbeleid (GSB) kan gemeenten stimuleren aandacht te besteden aan gezondheid en zorg en hen daarbij ondersteunen. Het GSB is immers bedoeld als platform om over schotten heen te kijken, om te experimenteren en te innoveren en om ervaringen landelijk uit te wisselen.

HEALTH CARE IN THE LARGE CITIES OF THE NETHERLANDS

Abstract

On average residents of the large cities in the Netherlands are in worse health than the rest of the Dutch population. This is first and foremost a result of the (selective) concentration of people with relatively poor education and low income in the deprived neighbourhoods of these cities. Most investigations show that health care is no crucial factor with respect to these health differences. More benefit is to be expected from integrated policies at the level of neighbourhoods, aimed at improving education, employment, life-style, housing and the quality of the physical and the social environment. Nevertheless, the present report focuses on the accessibility and quality of health care in Dutch large cities, especially primary health care.

For a number of reasons in large cities the health care demands tend to be more extensive and complex than elsewhere. Immigrant groups, are growing rapidly in size as well as in diversity, in particular in the larger cities. They often have a specific health culture, specific health problems and specific health care demands. Marginal groups, such as the homeless, drug or alcohol addicted, ex-psychiatric patients, isolated elderly and illegal immigrants are often disproportionately represented in large cities. Finally, the general policy of keeping the elderly, chronic and psychiatric patients self-reliant, outside of institutions as long as possible, increases the demand on primary health care and municipal care facilities. These problems are most urgent in the deprived areas of the larger cities.

More often than their colleagues elsewhere general practitioners and other health care professionals in large cities are confronted with health care demands of a non-medical nature, such as alcohol or drug addiction, unemployment, solitude and social isolation, and patient contacts involving aggressive or overly demanding behaviour. In the last decade the work load of general practitioners in the large cities has increased more than elsewhere in the Netherlands, especially in deprived neighbourhoods. The number of unfulfilled vacancies for qualified nurses and assisting health care workers tends to be higher in the more urban regions as well.

Health care providers as well as patients report that the quality of the health care provided to immigrant patients is far from optimal, due to for instance cultural differences and communication problems (e.g. poor knowledge of the Dutch language). There are indications for inappropriate health care use among some specific groups of immigrants for specific health problems. However, in general immigrants as well as indigenous people from lower socio-economic strata appear to find their way to the health care they require quite adequately. There are no overt differences between urban versus less-urban areas in the length of waiting lists for medical treatment.

Other developments that may have an unfavourable influence on the accessibility and quality of health care in the large cities are the struggle for scarce urban space (expensive office space while the need for larger, more integrated health care centers is growing), problems with social safety (influencing health care contacts and liveability), expensive housing, parking, and accessibility (traffic congestion) affecting the metropolitan job market of health professionals in a negative manner. Furthermore, the political objective to restructure the Dutch health care into a more demand and market orientated system may indeed improve the availability, quality and diversity of care for most citizens. However, for the more susceptible, less emancipated social groups, often living in deprived neighbourhoods of large cities, it may only become harder to find access to proper health care.

To improve the situation and to deal with new challenges in the future the report recommends targeted actions to improve:

- accessibility and quality of health care for specific, vulnerable groups,
- coherence and co-operation between different care sectors (prevention, cure, care and social welfare), to help patients with multiple medical and psychosocial problems,
- labour market conditions for medical doctors and other health care professionals in the large cities.

To improve the health care infrastructure in deprived neighbourhoods several parties involved in the Dutch health care system - health care insurers, health care providers, the national government, municipalities, and of course the patients (and their representatives) - should work together. The report outlines the actions each of them could initiate, given their responsibilities and competencies

1 WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER?

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

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

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

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

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

Vraagstelling

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

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

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

Afbakening

Nadruk op eerstelijnsgezondheidszorg en op samenwerking

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

Grote steden en achterstandsgebieden

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

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

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

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

Toegankelijkheid van zorg

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

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

Kwaliteit van zorg

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

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

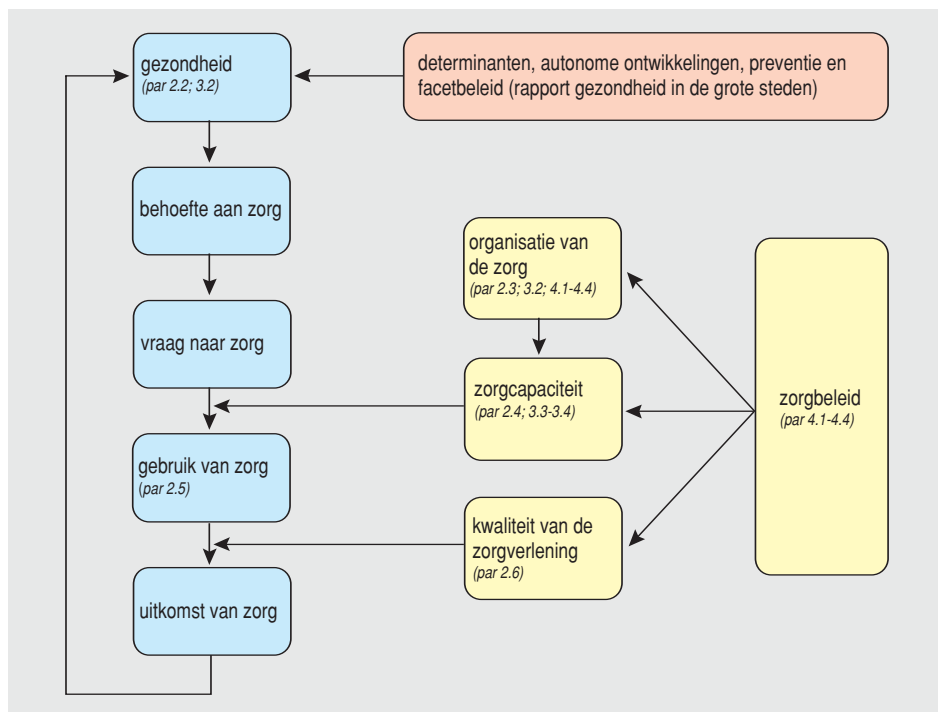
Conceptueel model

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

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

Aanpak

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



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

Bruikbaarheid voor beleid

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

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

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

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

Opbouw van dit rapport

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

2 STEDELIJKE ONTWIKKELINGEN IN GEZONDHEID, ZORGAANBOD, ZORGGEBRUIK EN KWALITEIT VAN ZORG

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op twee vragen: welke zorg is er in de grote steden nodig, en is er in de grote steden sprake van een geringere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, afgestemd op de behoefte van de bevolking?

Deze inleiding spitst de vraagstellingen toe en verduidelijkt de gehanteerde aanpak. Daarbij komt een aantal onderdelen uit het conceptuele model uit *hoofdstuk 1* aan de orde. Achtereenvolgens wordt ingegaan op:

- de gezondheidsproblematiek en de daarmee samenhangende specifieke kenmerken van het zorgaanbod in de grote steden (*paragrafen 2.2 en 2.3*).
- de (eventuele) tekorten in de zorgcapaciteit en het feitelijk zorggebruik als indicatie van de toegankelijkheid van de zorg (*paragrafen 2.4 en 2.5*).
- de kwaliteit van de zorg zoals gemeten aan de hand van tevredenheid van allochtone patiënten en zorgverleners (*paragraaf 2.6*).

Het hoofdstuk sluit af met een bespreking op welke terreinen de grootste knelpunten liggen die aangrijpingspunten voor beleid kunnen vormen (*paragraaf 2.7*).

De paragrafen over capaciteit, wachtlijsten, feitelijk zorggebruik en kwaliteit van de zorg behoeven vooraf enige toelichting op de inhoudelijke keuzes die vanwege de beperkte tijd zijn gemaakt, en op de gehanteerde methoden.

Capaciteitsproblemen

In *paragraaf 2.4* gaan we na in hoeverre de omvang van het zorgaanbod in de grote steden groot genoeg is om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. We doen dat voor de capaciteit van huisartsen, verplegend en verzorgend personeel waarvoor landelijke tekorten bestaan, en voor de ambulante GGZ. Ook voor tandartsen en verloskundigen bestaan landelijke tekorten (Hingstman et al., 2001). Een inhoudelijke reden om niet nader in te gaan op de tandartsenzorg is dat burgers voor deze zorgverlening bereid zijn om verder te reizen dan voor de huisarts. Voor de verloskundigen geldt dat het beroep op deze zorg geringer is en een beperktere bevolkingsgroep betreft dan de andere voorzieningen. Bovendien is enkele jaren geleden een aantal belangrijke beleidsmaatregelen om de landelijke knelpunten in die zorg op te lossen, die om een aparte evaluatie vragen. Omdat de omvang van psychische problematiek met name in Amsterdam aanzienlijk groter is dan in de rest van Nederland wordt wel ingegaan op de ambulante GGZ (Spijker et al., 2001).

Gegeven de beschikbaarheid van gegevens is steeds gekozen voor de meest geschikte indicatoren voor behoefte en beschikbare capaciteit (*zie tabel 2.1*). Voor geen van de

Tabel 2.1: Overzicht van de onderzochte aspecten van zorgcapaciteit.

Paragraaf	Discipline	Behoefteraming gebaseerd op	Capaciteit gebaseerd op	Relatie tussen behoefte en capaciteit
2.4.1	Huisartsen	Gebruikscijfers CBS, uitgesplitst naar demografische kenmerken en stedelijkheid; en vervolgens door-gerekend naar gemeente(type)	Feitelijk aantal werkzame huisartsen (FTE) per gemeente (type)	Aantal consulten per huisarts (werklast) in (achterstandswijken van) steden en per gemeente(type). Ontwikkeling van 1990 tot 2000
2.4.2	Verplegend en verzorgend personeel	Feitelijk aantal openstaande vacatures per gemeente(type) (CBS-gegevens)	Totaal aantal banen in verpleging en verzorging per gemeente(type)	Aantal openstaande vacatures gedeeld op totaal aantal banen in de steden (G4, 100.000+ en overig)
2.4.3	Ambulante GGZ	Schatting psychische ziekte per gemeente(type) op basis van enquêtes (NEMESIS)	Totaal budget voor ambulante GGZ per gemeente (type)	Beschikbaar budget (grotendeels personeel) gecorrigeerd voor aanwezige psychische ziekte in grootstedelijke regio's en elders

drie onderzochte zorgdisciplines bestaan eenduidige wettelijke normen waaraan de beschikbare capaciteit kan worden getoetst. We kunnen dus alleen nagaan of er in de grote steden meer of minder capaciteit is vergeleken met andere delen van Nederland.

Wachlijsten

Een tweede manier om de relatie tussen vraag en aanbod van zorg te onderzoeken ligt in de bestudering van wachtlijstgegevens. Daarbij hebben we gekeken naar beschikbare wachtlijstregistraties voor drie belangrijke zorgsectoren: verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. De bestaande wachtlijstregistraties verschillen in methode (zie tabel 2.2).

De tabellen laten zien dat de beschikbare gegevens verschillen tussen de zorgsectoren. Dit beperkt niet alleen de vergelijkingsmogelijkheden tussen sectoren, maar betekent ook dat de beschikbare gegevens over wachtlijsten slechts beperkt geschikt zijn om een antwoord te geven op de gestelde vragen.

Tabel 2.2: Overzicht van de onderzochte aspecten van wachtlijsten.

Paragraaf	Zorgsector	Relatie tussen behoefte en capaciteit
2.4.4	Verpleging en verzorging	Aantal wachtenden per type gemeente waarin wachtende woont.
2.4.4	Geestelijke gezondheidszorg	Aantal wachtenden per regio waar wachtende woont.
2.4.4	Ziekenhuiszorg (algemene chirurgie en interne geneeskunde)	Gemiddelde wachttijd die ziekenhuizen opgeven, naar type gemeente waar het ziekenhuis gevestigd is.

Feitelijk zorggebruik als indicatie voor toegankelijkheid van zorg

In *paragraaf 2.5* gaan we na in hoeverre mensen in de grote steden meer of minder zorg gebruiken dan mensen elders in Nederland, gegeven een bepaalde behoefte aan zorg. We doen dat voor een breed scala aan voorzieningen. Er is op dit gebied reeds vrij veel onderzoek gedaan. Daaruit kwam over het algemeen het beeld naar voren dat de stedeling meer gebruikmaakt van zorg (Verheij, 1999). Dit onderzoek is echter gedateerd. Aangezien de (dreigende) capaciteitstekorten van veel recenter datum zijn, is het zinvol om deze analyses te herhalen op basis van recente gegevens. De gehanteerde methode geeft aan óf mensen de weg naar de zorg in zijn algemeenheid weten te vinden, maar geeft niet aan welke belemmeringen zij zijn tegen gekomen en geeft ook geen inzicht in de kwaliteit van zorg.

Kwaliteit van de zorg

Naast de kwantitatieve aansluiting tussen zorgaanbod en zorgvraag is natuurlijk ook de kwaliteit van de zorg belangrijk. In het algemeen wordt aangenomen dat die voor verschillende bevolkingsgroepen in Nederland gelijk is. Toch is er op een aantal punten wel verschillen geconstateerd. Zo constateerde van der Meer (1998) dat belangrijke controles minder worden uitgevoerd bij lager opgeleide diabetespatiënten dan bij hoger opgeleide. Dit type onderzoek is echter schaars. In dit rapport komt daarom vooral onderzoek naar tevredenheid, verwachtingen en wensen van patiënten aan bod. Dit past bovendien goed in het kader van het huidige beleid dat streeft naar meer vraaggestuurde zorg.

Er is nauwelijks onderzoek beschikbaar over de wensen en verwachtingen van de *autochtone* bevolking in de (achterstandswijken van) de grote steden. Verheij (1999) vond dat mensen in de grote steden bij alledaagse gezondheidsproblemen *minder* heil verwachten van professionele hulp dan mensen elders. Er is wel enig onderzoek gericht onder lagere sociaal-economische groepen in het algemeen (dus niet specifiek voor de grote steden). In een enquête die het SCP onlangs heeft laten uitvoeren bleek, dat mensen met een lage sociaal-economische status (opleiding) gemiddeld genomen wat minder tevreden zijn over de kwaliteit van de medische zorg dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Die geringere tevredenheid komt vooral voor onder degenen die géén zorg gebruikt hebben en is nagenoeg afwezig onder degenen die wél zorg gebruiken. Lager opgeleiden leggen iets meer nadruk dan hoger opgeleiden op het belang van (ziekenhuis)zorg in of nabij de eigen buurt en op zorg die snel beschikbaar is. Zij leggen iets minder nadruk op de goede naam van een zorginstelling (SCP, 2002). Er is een (groeïende) hoeveelheid literatuur over de kwaliteit van zorg bij *allochtonen*. Mede daarom beperken we ons hier tot deze groep. Allochtonen maken bovendien een belangrijk deel uit maken van de grootstedelijke bevolking en juist bij hen verwachten we de grootste problemen wat betreft de (culturele) toegankelijkheid, effectiviteit en resultaten van de zorg.

Paragraaf 2.6 bevat een literatuuroverzicht over de wensen en verwachtingen bij allochtonen over verschillende disciplines binnen de gezondheidszorg, gekoppeld aan het oordeel van zorgverleners over deze zorg.

2.2 Wat is de specifieke gezondheidsproblematiek in de grote steden?

H. Verkleij, F. van der Lucht

De gezondheid in de grote steden is slechter dan in de rest van Nederland, vooral in de achterstandswijken en in nog sterkere mate bij groepen in de marge van de stedelijke samenleving.

Uitgangspunt van dit rapport is dat de zorg in de grote steden toegesneden moet zijn op de daar aanwezige gezondheidsproblematiek. Daarom wordt allereerst de gezondheidstoestand van de bevolking in de grote steden behandeld. Dit geeft de context waarbinnen de grootstedelijke gezondheidszorg functioneert. Deze paragraaf is vooral gebaseerd op de belangrijkste bevindingen van het VTV-rapport 'Gezondheid in de grote steden', aangevuld met gegevens over de gezondheidstoestand van enkele kenmerkende marginale groepen in de stedelijke samenleving (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Ongezondere bevolkingsgroepen in de steden

De gezondheid van bewoners van de grote steden is gemiddeld minder goed dan die van de overige Nederlanders. Sinds 1970 blijft de levensverwachting in de (vier) grote steden achter bij de rest van Nederland. De minder gunstige ontwikkeling van de levensverwachting hangt waarschijnlijk vooral samen met de uitstroom van de midden- en hogere inkomensgroepen naar de voorsteden en groeikernen.

Lage SES-groepen

GGD-en van de grote steden wijzen in hun gezondheidsrapportages met nadruk op het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Mensen met een laag opleidingsniveau zijn in de grote steden oververtegenwoordigd. Het verschil in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden bedraagt 5 jaar voor mannen en 2,6 jaar voor vrouwen. Enkele GGD-en geven ook aan dat hoger opgeleiden in de steden oververtegenwoordigd zijn. Hierdoor zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen in de grote steden zichtbaarder aanwezig dan elders.

Allochtonen

Ook allochtonen zijn in de grote steden oververtegenwoordigd. Over de gezondheid van allochtonen is minder bekend dan over sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wel komen er de laatste jaren steeds meer gegevens beschikbaar. Daaruit blijkt dat de ervaren gezondheid van verschillende allochtone groepen slechter is dan de autochtone bevolking en dat het ziektepatroon onder hen ook deels *anders* is: een aantal ziekten komt bij hen vaker voor. Uit gezondheidsenquêtes blijkt bijvoorbeeld een stapeling van gezondheidsproblemen onder Turken en Marokkanen: meer chronische aandoeningen, op relatief jongere leeftijd al veel lichamelijke beperkingen, en

ook een slechtere geestelijke gezondheid. Deels betreft het 'vermijdbare' ziekten zoals hart- en vaatziekten en suikerziekte. Uit meer gedetailleerde studies komen een reeks van bijzondere problemen onder allochtonen naar voren, zoals: een hogere zuigelingen- en kindersterfte, meer ongehuwde en tienermoeders, een hoger aantal suïcidepogingen onder allochtone vrouwen, een grotere verslavingsproblematiek en meer suikerziekte onder Hindoestanen (Achterberg & Kramers, 2001; Gemeente Den Haag, 2002; Middelkoop et al., 1999). Allochtonen vormen een zeer diverse groep. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen subgroepen. Sommige allochtone groepen hebben zelfs een hogere levensverwachting dan de autochtone bevolking. Ook valt op dat allochtonen op belangrijke leefstijlaspecten relatief gunstig scoren: ze roken over het algemeen minder (met uitzondering van de Turkse mannen), drinken minder en eten gezonder.

Marginale groepen

Een speciale plaats in de grote steden nemen marginale groepen in, zoals onder andere dak- en thuislozen, drugsverslaafden en illegalen. Deze groepen concentreren zich in de grote steden omdat daar de meeste (anonieme) bestaansmogelijkheden en voorzieningen voor hen te vinden zijn. Hun gezondheid is over het algemeen aanzienlijk slechter dan van de algemene bevolking in de steden (Van Laere, 2000).

Dak- en thuislozen

Er zijn in Nederland volgens het meest recente onderzoek 33.000 geregistreerde zogenaamde verkommerden en verloederden, waarvan de meeste in de grote en middelgrote steden te vinden zijn (Lourens et al., 2002). Het gaat om personen die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgen en/of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien, zoals dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders en zichzelf verwaarlozende, gemarginaliseerde groepen. Er is ook een omvangrijke groep niet-geregistreerde, niet-zichtbare personen die in hun woning een marginaal bestaan leiden en niet bij hulpverleningsinstellingen in beeld zijn. Dat aantal schatten de onderzoekers op 77.000.

Uit een onderzoek van het Trimbos-instituut in Den Haag blijkt dat de feitelijk daklozen er het slechtst aan toe zijn, slechter dan zogenaamde residentieel daklozen en marginaal gehuisveste mensen (Wolf et al., 2002). Van de feitelijk daklozen heeft 53% een actuele harddrugsverslaving, 22% een alcoholdiagnose en lijdt 29% aan depressie. Het aandeel met een schizofrene stoornis (5%) ligt lager dan verwacht. Veel kwetsbare mensen, vooral vrouwen, zijn ook opvallend vaak het slachtoffer van (gewelddadige) misdrijven. Bij feitelijk dakloze mensen is 44%, bij jongeren 40% ooit slachtoffer geweest. Veel dak- en thuislozen (60-70%) geven aan lichamelijke klachten te hebben die hun leven voortdurend beïnvloeden. Klachten gerelateerd aan spieren, skelet, gebit en bindweefsel scoren het hoogst. Zestig procent van de dak- en thuislozen krijgt niet de hulp die naar het oordeel van de hulpverleners noodzakelijk is.

Verslaafden aan harddrugs

Er zijn in Nederland naar schatting 26.000 tot 30.000 mensen verslaafd aan harddrugs (Rigter et al, 2002). Een groot deel hiervan bevindt zich in de grote steden. Het aantal problematische opiaatverslaafden in Amsterdam is de afgelopen jaren verminderd tot een stabiele groep van zo'n 4.250 personen (Van Brussel & Buster, 2002). In Den Haag varieerde dat aantal in de periode 1993-1998 tussen 2.600 en 2.900 per jaar; dat wil zeggen ongeveer 1% van de 15-54 jarige inwoners (Gemeente Den Haag, 2002).

De gemiddelde leeftijd van de groep drugsverslaafden neemt toe, omdat er weinig jonge drugsverslaafden bijkomen. De gemiddelde leeftijd van de harddruggebruikers in Den Haag nam toe van 30,5 jaar in 1993-1995 tot 32,0 jaar in 1996-1998. In Amsterdam was de gemiddelde leeftijd in 2001 veertig jaar.

Er zijn veel allochtone harddruggebruikers. In Amsterdam is bijna een kwart afkomstig uit Suriname, Marokko en de Nederlandse Antillen en is ruim één derde afkomstig uit andere landen. Nieuwe opiaatverslaafden in Amsterdam zijn meestal buitenlandse passanten die slechts kort in Amsterdam verblijven en in de politiecel worden behandeld. In Den Haag is van de harddruggebruikers die in de periode 1996-1998 bijna de helft (47%) van allochtone origine. De verslaving komt het meest voor onder Antillianen, gevolgd door Marokkanen en Surinamers.

Onder drugsgebruikers komen relatief vaak longaandoeningen voor (zoals tuberculose), besmetting met het hepatitis B- of C-virus en het HIV-virus, en abscessen en bloedvergiftigingen. Met het ouder worden van de drugsverslaafden neemt de sterfte toe. Opvallend is de toename van sterfte veroorzaakt door longproblemen als gevolg van jarenlang tabaksgebruik. Op dit moment komt psychopathologie in combinatie met verslaving vaker voor dan in de beginjaren van de epidemie (Van Brussel & Buster, 2002). Andere problemen die samenhangen met gebruik van illegale drugs zijn overlast en criminaliteit. Naar schatting vertoont tweederde van de Haagse harddruggebruikers crimineel gedrag.

Illegalen

Het aantal illegalen in Nederland ligt naar schatting tussen 46 en 116 duizend personen. Het grootste deel hiervan bevindt zich in de vier grote steden. De helft van hen is afkomstig uit de traditionele arbeidsmigratielanden Turkije en Marokko, een kwart uit de belangrijkste asiellanden Afghanistan, Irak, Iran en het voormalig Joegoslavië en een kwart uit overige herkomstlanden. Het aantal illegalen is dus maar een fractie van de totale Nederlandse bevolking (ruimschoots minder dan 1 procent). In achterstandswijken van grote steden kan die fractie aanzienlijk hoger liggen (maximaal 5%).

Over de gezondheidstoestand van illegalen is weinig met zekerheid bekend. Er zijn aanwijzingen voor een groter aantal gevallen van tuberculose en abortus (Verkleij, 1999). Illegalen komen vaker naar de huisarts met psychische problemen, klachten over de huid en de spijsverteringsorganen, stofwisselingsproblemen, sociale problemen en problemen met de urinewegen dan reguliere huisartsbezoekers (na standaard-

disatie op leeftijd en geslacht). Op de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen komen illegalen vaker met ziekten en aandoeningen (65%) waaronder infectieuze en parasitaire ziekten dan reguliere bezoekers, en vaker met vergiftigingen (waaronder drugsgebruik) (Oort et al., 2001).

Ongezonde wijken

Het achterblijven van de levensverwachting in de grote steden wordt vooral veroorzaakt door de minder goede gezondheid van bewoners van zogenoemde achterstandswijken, waarvan de meeste en omvangrijkste juist in de grotere steden te vinden zijn. Achterstandswijken worden per definitie bewoond door in sociaal-economisch opzicht zwakkere groepen, gemiddeld minder goed opgeleid, lagere inkomens, vaker en langer werkloos en afhankelijk van een uitkering. Een groot deel van hen is allochtoon. Hoewel de problemen rond marginale groepen zich zeker niet beperken tot de achterstandswijken, zijn ook zij in achterstandswijken oververtegenwoordigd. Uit Haagse cijfers blijkt bijvoorbeeld een sterke samenhang tussen de sociaal-economische achterstandsscore van een wijk en het percentage harddruggebruikers onder de 15-54 jarige wijkbevolking (Burger & Struben, 2001).

Achterstandswijken zijn echter niet alleen vindplaats van gezondheidsachterstand. Ze zijn deels ook oorzaak van die gezondheidsachterstand. Men treft er een opeenstapeling van ongunstige omstandigheden, zoals gebrekkige huisvesting, een verloederde omgeving, lawaai, onveiligheid en een ongunstig sociaal klimaat, die de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden.

Tussen de armste en rijkste buurten in Nederland verschilt de levensverwachting bij geboorte 2,8 jaar voor mannen en 2,1 jaar voor vrouwen (zie tabel 2.3). De levensverwachting neemt af met een afnemend inkomensniveau van de buurt. De kans om te overlijden voor het 65ste levensjaar is in achterstandswijken ongeveer 50% hoger dan in de rest van Nederland. Het zijn echter vooral de buurten in het laagste inkomenskwintiel die zich onderscheiden door een lagere levensverwachting. Nadere analyse toont dat inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte vooral groot zijn voor alle leeftijden tussen de 25 en 64 jaar. Dit betekent dat mensen in achterstandswijken op relatief jonge leeftijd te maken krijgen met chronische klachten en een beroep moe-

Tabel 2.3: Levensverwachting in buurten geordend naar inkomensniveau. Nederland, alle leeftijden, 1995 (Bron: CBS-sterfetestatiek).

Inkomens kwintiel	Levensverwachting bij geboorte (in jaren)	
	Mannen	Vrouwen
1 (hoog)	76,0	81,0
2	75,2	80,7
3	74,7	80,2
4	74,2	80,0
5 (laag)	73,2	78,9
verschil 1 versus 5	2,8	2,1

ten doen op de zorg (Van der Lucht & Verkleij, 2001).

Inkomensgerelateerde buurtverschillen in sterfte bestaan zowel in grote steden als in minder stedelijke gebieden. De verschillen tussen buurten in de G4 en de G21 zijn weliswaar iets groter dan in de andere gemeenten, maar het verschil is niet noemenswaardig.

Ongezonde wijken komen dus overal voor. In grote steden zijn er beduidend meer, bovendien zijn de inkomensverschillen (en daarmee de gezondheidsverschillen) tussen de welvarende en niet-welvarende wijken er groter dan in andere gemeenten.

Conclusie

Een aantal gezondheidsproblemen doet zich in de grote steden in verhoogde mate of op specifieke wijze voor. In de grote stad wonen en verblijven veel verschillende bevolkingsgroepen met elk eigen kenmerkende gezondheidsproblemen. De gezondheidstoestand van een aantal daarvan is aanzienlijk slechter dan die van de gemiddelde Nederlander, zoals die van mensen met een lage SES, allochtonen en marginale groepen zoals dak- en thuislozen, drugsverslaafden en illegalen. De gezondheidsproblemen zijn vaak geconcentreerd in een aantal buurten van de stad.

Deze gezondheidsproblemen zijn niet uniek voor de grote steden. De grotere omvang en concentratie van kwetsbare groepen maken wel dat de totale gezondheidsproblematiek waarmee de zorg in de grote steden geconfronteerd wordt een specifiek karakter heeft. Dan gaat het vooral om de grotere variëteit in gezondheidsproblemen, de samenhang ervan met andere maatschappelijke en culturele aspecten van de grote stad, en de concentratie in achterstandswijken. Ook de zorg in de grote steden krijgt daardoor een specifiek karakter.

Naast de specifieke gezondheidsproblemen en de grotere ongelijkheid in gezondheid hebben de grote steden overigens ook te maken met algemene landelijke ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, zoals een toename in ongezond gedrag met name onder de jeugd, het toenemend belang van de psychische gezondheid en een toename van het aantal chronisch zieken als gevolg van de vergrijzing (Van Oers, 2002).

2.3 Wat zijn specifieke kenmerken van het zorgaanbod in de grote steden?

H. Verkleij

De meer diverse bevolkingsamenstelling en de vaak slechtere gezondheidstoestand in de grote steden vereisen méér en deels andere zorg dan in de rest van Nederland.

Het zorgaanbod in de grote steden is omvangrijker, gevarieerder, vaak meer gespecialiseerd en daardoor complexer dan elders in Nederland. Dat hangt samen met de wens om gepaste zorg te leveren aan de vele verschillende bevolkingsgroepen in de stad. Daarnaast vervullen veel zorgvoorzieningen in de grote steden een regionale functie. Hier gaan we vooral in op de specifieke kenmerken van de zorg in de grote steden die samenhangen met de bijzondere gezondheidsproblematiek. De paragraaf is gebaseerd op geraadpleegde literatuur (onder meer Garretsen & Raat, 1989; Andruelis, 2000).

Specifieke kenmerken

Meer zorg vanwege de slechtere gezondheidstoestand

Het vaker voorkomen van gezondheidsproblemen in de grote steden heeft als gevolg dat er meer zorg nodig is dan elders. Meer zorg voor allochtonen en lage SES-groepen, meer zorg in achterstandswijken, en meer zorg voor marginale groepen dan voor de gemiddelde bevolking. Maar hoeveel meer, is moeilijk te zeggen. Er bestaan uiteraard geen normen voor. Tekorten komen tot uitdrukking in wachtlijsten, onbehandelde of ontevreden patiënten, of in gezondheidsachterstand. Die vraag naar de omvang van de benodigde extra zorg roept veel discussie op en leidt bovendien tot de vervolgvraag welke plannings- en financieringsmodellen er voor kunnen zorgen dat die extra noodzakelijke zorg er ook komt.

Andere vaardigheden en meer tijd per hulpverleningscontact

Concentratie van sociaal-economische achterstand, een grote uitkeringsafhankelijkheid, een lage zelfredzaamheid, grote culturele diversiteit en een vaak beperkte sociale cohesie in de grote stad beïnvloeden de zorgvraag aldaar. De zorgvraag is dus vaak complexer en draagt vaker een sociaal karakter. Zorgverleners hebben daarom specifieke communicatieve, interculturele en samenwerkingsvaardigheden nodig om daarmee om te gaan. De zorgverlening kost vaak ook meer tijd. De meeste huisartsen in achterstandswijken rapporteren veel vaker dan andere collega's te maken te hebben met gebroken gezinnen, drugs- en alcoholverslaving, werkloosheid, vereenzaming en taalproblemen. Ze hebben ook bijna tweemaal zoveel 'lastige' patiëntcontacten dan de doorsnee huisarts, dat wil zeggen een 'oneigenlijke' hulpvraag, agressief of eisend gedrag of onbereikbare hulpdiensten. (Verheij et al., 1992; Verheij et al., 1998; RVZ, 2000).

Overigens hebben niet alle hulpverleners in de grote steden in gelijke mate met deze problematiek te maken. Zo is de hulp aan illegalen vaak geconcentreerd bij een beperkt aantal zorgverleners in met name de grote steden, vooral in stedelijke wijken met veel allochtonen. Huisartsen en verloskundigen vinden dat hulpverlening aan illegalen extra werkdruk met zich meebrengt. Bijna de helft van hen noemt de complexiteit van de gezondheidsproblemen als een bemoeilijkende factor. Ook andere beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, thuiszorg, kraamzorg en tandartsen hebben hiermee te maken.

Ziekenhuizen in de grote steden hebben, afhankelijk van de plaats waar zij zich in de stad bevinden, in meer of mindere mate te maken met een toenemende diversiteit in nationaliteiten van patiënten en met patiënten uit marginale groepen. Er wordt een toenemend aantal zelfverwijzers naar de eerste hulpdiensten van ziekenhuizen gesignaleerd, waarvan een deel met een zorgvraag die in principe niet voor behandeling door een spoedeisende hulpdienst in aanmerking komt.

Andere zorgvoorzieningen, gericht op specifieke doelgroepen

Het is duidelijk geworden dat preventieve programma's, bijvoorbeeld gericht op gezond gedrag, die op de algemene bevolking gericht zijn, minder effectief zijn onder lage SES- en allochtone groepen. Er worden dan ook de afgelopen jaar meer programma's specifiek op deze groepen gericht. Om de zorg voor allochtone patiënten te verbeteren worden in sommige huisartspraktijken specifieke diabetessprekuren gehouden. Initiatieven op het gebied van allochtone VETC-ers en zorgconsulenten, de zorg voor eenzame bejaarden en spreekuren van tandartsen voor dak- en thuislozen zijn vaak het eerst ontstaan in de grote steden (*zie ook hoofdstuk 4*).

Niet alleen de preventieve gezondheidszorg, de eerste lijn en de welzijnszorg, maar ook de intramuraal sector en de care sector worden in de grote steden geconfronteerd met de specifieke grootstedelijke gezondheidsproblematiek. Zo komen organisaties van verzorgings- en verpleeghuizen in de grote steden meer dan elders voor de vraag te staan in welke mate zij bewoners van verschillende nationaliteiten in één en dezelfde locatie een plaats kunnen bieden of dat er speciale huizen voor verschillende etnische groepen wenselijk zijn. De verouderende groep dak- en thuislozen doet de vraag rijzen wat voor hen de beste plek is: in algemene verzorgings- of verpleeghuizen of in specifieke afdelingen binnen de dak- en thuislozenzorg (van Laere, 2000).

Een groter accent op samenwerking en ketenzorg

De gezondheidsproblematiek onder de achterstandsgroepen in de grote steden heeft vaak meer dan elders te maken met psychische en sociale problematiek. Er is vaak sprake van meervoudige problemen. Het meest duidelijk is dat onder marginale groepen, maar het geldt vaak ook voor lage SES-groepen en bepaalde groepen allochtonen. Ook als de huisarts of een andere werker in de curatieve gezondheidszorg zich alleen beperkt tot de medische problemen is een goede samenwerking met en onderlinge verwijzing naar hulpverleners in de andere sectoren nodig.

Binnen het kader van de jeugdhulpverlening en de welzijns- en verslavingszorg voor kwetsbare groepen doet daarom het begrip ketenzorg meer en meer zijn intrede, mede gestimuleerd vanuit het grotestedenbeleid. Op organisatorisch niveau streeft men er naar afspraken te maken over de gehele zorgketen van preventie en hulpverlening tot nazorg en reïntegratie (*zie ook hoofdstuk 4*).

De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) treedt de laatste jaren steeds meer op de voorgrond in de grote steden. Uit een inventarisatie van het Trimbos-instituut in 2001 blijkt dat er 191 samenwerkingsprojecten in de 43 centrumgemeenten worden uitgevoerd. De projecten richten zich op sociaal kwetsbare mensen in het algemeen of op specifieke doelgroepen, zoals dak- en thuislozen, mensen met psychische problemen of mensen met verslavingsproblemen. De doelen zijn: minder overlast, minder huisuitzettingen, betere coördinatie van de hulpverlening en een beter bereik van sociaal kwetsbare mensen. Voorbeelden van deze projecten betreffen lokale zorgnetwerken, bemoeizorg of casemanagementprojecten (thuiszorg), vangnet en advies-teams en meldpunten overlast (VWS, 2002a).

Een groter accent op outreachende zorg

Binnen de preventieve zorg, maar nog meer binnen de welzijnszorg voor marginale groepen gaat men in de grote steden steeds meer de kant op van meer outreachende zorg (ook wel bemoeizorg genoemd). Het is gebleken dat een deel van de dak- en thuislozen, drugsverslaafden en ex-psychiatrische patiënten niet geholpen kan worden zonder een intensieve bemoeienis vanuit de zorg. Zelfs de lage drempels blijken niet te helpen. Zorgverleners gaan steeds meer actief op zoek om deze groepen te vinden en getroosten zich veel inspanning om de hulpverleningsrelaties met deze mensen te onderhouden en te coördineren. Er is een besef dat onder verkommerden en verloederden die thuis wonen en daardoor minder zichtbaar zijn, en onder vereenzaamde bejaarden velen de weg naar de hulpverlening niet weten te vinden (Wolf et al., 2002; Hortulanus et al., 2003).

Een groter accent op integrale wijkgezondheidszorg

Vanwege de concentratie van gezondheidsproblematiek is met name in de achterstandswijken in de grote steden een goed bereikbare en adequate wijkgezondheidszorg nodig, die op een moderne leest geschoeid is, met aandacht voor de grote diversiteit aan bevolkingsgroepen, gezondheids- en zorgproblemen in die wijken. Met name geldt dat voor die zorg waarvan mensen veel of langdurig gebruikmaken, waarbij een direct vis-à-vis contact tussen hulpvrager en hulpverlener nodig is, of die laagdrempelig van karakter moet zijn om nadelig uitstel van hulpzoekgedrag te voorkomen (Crul, 2000).

Door de vermaatschappelijking van de zorg zijn speciale woningen nodig voor zelfstandige huisvesting voor ouderen en gehandicapten en psychiatrische patiënten, of aangepaste woningen voor groepsbewoning (Hooimeijer et al., 2001). Als gevolg van hun slechtere inkomenspositie wordt daarbij vaker gezocht naar goedkopere huisvesting. Dit leidt vermoedelijk eerder tot een grotere druk op de wijken met goedkopere woningen.

Een groter accent op innovatie

De bevolkingsdynamiek binnen de grote steden is groter dan elders en daarmee ook de ontwikkeling van de gezondheidsproblematiek. Zo vroeg de snelle toename van de allochtone bevolking en de daarmee samenhangende groei van het aantal geboorten onder de allochtone vrouwen in de jaren zeventig om een snelle omschakeling van de jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening. Begin jaren tachtig deden zich de eerste gevallen voor van AIDS. Iets later namen de problemen rond drugsgebruik toe. Op dit moment is de aard van de AIDS- en drugsproblemen al weer sterk veranderd. Dit betekent dat de zorgverleners in de grote steden vaker en eerder dan elders voor de opgave komen te staan om nieuwe vormen van zorg te ontwikkelen die hierop een adequaat antwoord geven.

Conclusie

Het grootstedelijke zorgaanbod is omvangrijker en complexer dan elders. Dat heeft grote voordelen, zoals een uitgebreider, gevarieerder en vaak beter aanbod van zorg en meer mogelijkheden voor innovatie. Het heeft ook nadelen. Noodzakelijke samenwerking is vaak moeizamer te organiseren. De grootstedelijke bevolkingsdynamiek houdt ook in dat er – sneller dan elders – nieuwe gezondheidsproblemen bij nieuwe bevolkingsgroepen opkomen.

De zorgverlening voor kwetsbare groepen vraagt er vaak meer tijd, bijzondere vaardigheden en soms meer bemoeizucht ('outreaching'). Bovendien zal er, ook al door het complexe karakter van het aanbod in de stad, een zwaarder accent moeten liggen op samenwerking, ketenzorg en innovatie.

Naast deze meer specifieke kenmerken en ontwikkelingen hebben grote steden ook te maken met algemene landelijke ontwikkelingen in de zorg, zoals vergrijzing, de wens om langer thuis te blijven wonen in geval van ziekte of handicap (vermaatschappelijking en extramuralisatie van de zorg), personeelstekorten, patiënten zonder huisarts, de ontwikkeling van huisartsendiensten en call-centra, wachtlijsten, stelselwijziging en de toename van marktwerking in de gezondheidszorg. Sommige van deze landelijke ontwikkelingen doen zich in de grote steden extra sterk voor of beginnen daar eerder dan elders in het land.

2.4 Welke capaciteitstekorten spelen in de grote steden sterker dan elders?

2.4.1 Is er een groter huisartsentekort in de grote steden dan elders?

L.F.J. van der Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman

De huisartsenzorg in de vier grote steden staat momenteel meer onder druk dan in de overige grote steden en in de rest van Nederland.

In deze paragraaf onderzoeken we of de aansluitingsproblematiek tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg in de grote steden groter is dan elders in Nederland. We presenteren gegevens over de ontwikkeling in de vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg in de afgelopen 10 jaar. Omdat ook binnen de grote steden verschillen worden verondersteld, is deze problematiek ook apart voor de achterstandwijken in de grote steden in kaart gebracht. In *tekstblok 2.1* staat de gehanteerde methode en gegevensverzameling.

Tekstblok 2.1: Methode en gegevensverzameling

Berekening van de vraag naar huisartsenzorg per gemeente

Op basis van het Permanent Onderzoek Leef-Situatie (POLS) 1998-2000 van het CBS is bekend hoe vaak mensen per jaar contact hebben met de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en urbanisatiegraad. Dit is echter alleen representatief voor de autochtone bevolking. Op basis van een onderzoek van Weide en Foets (1998) is de contactfrequentie van allochtonen geschat.

De gegevens over het gemiddelde aantal contacten per jaar per inwoner zijn gecombineerd met het aantal inwoners per gemeente in 1990 en 2001, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit. Hiermee is per gemeente voor beide jaren een 'verwacht' totaal aantal contacten met de huisarts berekend. Het verschil in het totaal aantal contacten per gemeente tussen 1990 en 2001 geeft (uitsluitend) de verandering weer als gevolg van veranderingen in de bevolkingssamenstelling. Omdat andere, hier niet getoonde analyses aangeven dat het aantal contacten met de huisarts per inwoner per demografische groep sterk kan fluctueren, maar op langere termijn (met vijfjaarsgemiddelden) redelijk stabiel blijft, lijkt de verandering in de bevolkingssamen-

opbouw echter de belangrijkste factor die de toe- of afname in de totale consumptie van huisartsenzorg per gemeente beïnvloedt.

Berekening van het aanbod aan huisartsenzorg per gemeente

Het aanbod aan huisartsenzorg is bekend uit de landelijke registratie van werkzame huisartsen van het NIVEL. In deze registratie zijn onder andere de naam, het praktijkadres, de leeftijd, het geslacht en de werkzame status van alle huisartsen in Nederland geregistreerd. Ook de omvang van de werkzaamheden als huisarts (dat wil zeggen: het aantal FTE) wordt bijgehouden.

Berekening van de aansluiting tussen vraag en aanbod per gemeente

Met bovenstaande gegevens kan de kwantitatieve aansluiting tussen vraag en aanbod worden weergegeven als het aantal contacten per FTE huisarts.

Indeling type gemeenten

We maken steeds onderscheid naar drie typen gemeenten: de vier grote steden, de overige steden die participeren in het grote stedenbeleid plus de niet-participerende steden met meer dan 100.000 inwoners, en de rest van Nederland.

(vervolg tekstblok 2.1)

Indeling achterstandswijken

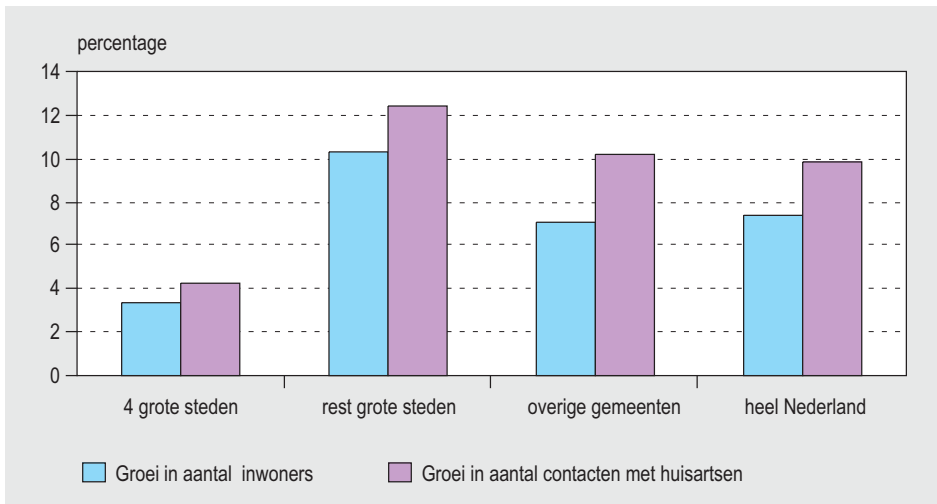
De wijken in de grote steden van ons land zijn opgedeeld in drie groepen, te weten: de achterstandswijken, de (postcode)gebieden die grenzen aan de achterstandswijken en de overige gebieden. Achterstandswijken zijn gedefinieerd aan de hand van postcodegebieden. Per postcodegebied is een achterstandsscore berekend die is gebaseerd op het percentage mensen met een laag

inkomen, het percentage allochtonen, het werkloosheidspercentage en het aantal adressen per vierkante kilometer (de omgevingsadressendichtheid) (Verheij et al, 1998).

Een meer uitgebreide beschrijving van de methode en de resultaten is te vinden in Van der Velden et al. (2003).

Ontwikkelingen in de vraag naar huisartsenzorg

Figuur 2.1 toont de ontwikkeling van de geschatte vraag naar huisartsen gemeten aan de groei van het aantal inwoners en het aantal contacten.



Figuur 2.1: Procentuele toename in de vraag naar huisartsenzorg 1990-2001.

Groei in aantal inwoners

De groei in het aantal inwoners is een belangrijke en relatief ongecompliceerde indicator voor de ontwikkeling in de vraag naar huisartsenzorg. In de periode 1990-2001 is het aantal inwoners in Nederland met 7,4% toegenomen. In de vier grote steden bedroeg de bevolkingstoename 3,4% en groeide de op basis hiervan geschatte vraag minder dan in de rest van het land. In de overige grote steden was de groei het hoogst (10,3%).

Groei in aantal contacten

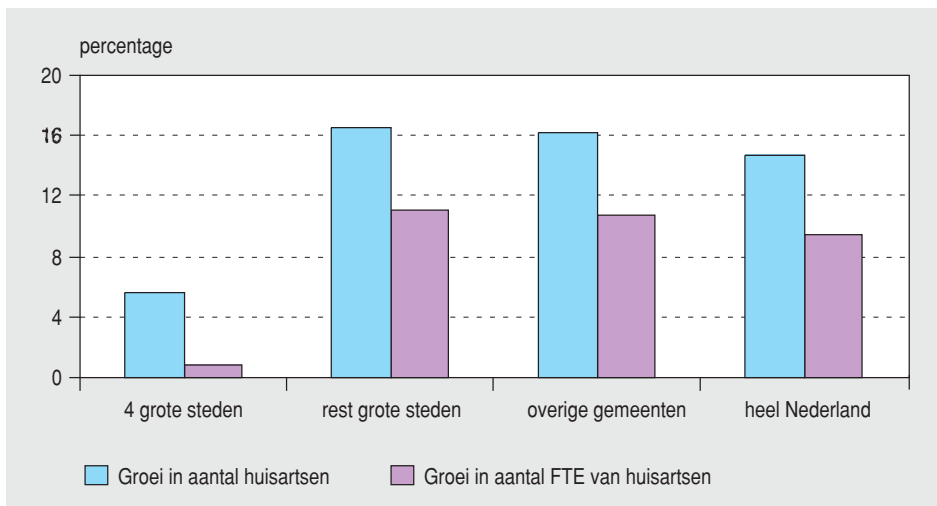
Het aantal contacten van patiënten met huisartsen is in de periode 1990-2001 - als gevolg van de bevolkingstoename én veranderingen in de bevolkingssamenstelling - naar schatting met 9,8% toegenomen. Daarbij laten de vier grote steden een lagere

groei zien (4,3%) dan de overige grote steden (12,4%) en de rest van Nederland (10,2%). Deze lagere verwachte groei van het aantal contacten in de vier grote steden is met name te wijten aan de relatief geringe bevolkingsgroei. Maar ook het effect van veranderingen in de samenstelling van de bevolking was in de vier grote steden geringer dan elders.

Ontwikkelingen in het aanbod aan huisartsenzorg

Groei in aantal huisartsen

Het aantal huisartsen is in de periode 1990-2001 landelijk met 14,7% toegenomen (zie figuur 2.2). Hierbij is duidelijk verschil te zien tussen de typen gemeenten. In de vier grote steden bedroeg de groei slechts 5,6%. In de overige grote steden en de rest van Nederland bedroeg de groei respectievelijk 16,5% en 16,2%.



Figuur 2.2: Procentuele toename in het aanbod aan huisartsenzorg 1990-2001.

Groei in aantal FTE van huisartsen

Doordat meer huisartsen in deeltijd zijn gaan werken ligt de groei van het aantal FTE duidelijk lager dan de groei in het aantal huisartsen. In de vier grote steden is in de periode 1990-2001 het aantal FTE aan huisartsenzorg zelfs vrijwel gelijk gebleven (de groei bedroeg slechts 0,8%). In de overige grote steden en de rest van Nederland was wel sprake van een groei, van respectievelijk 11,1% en 10,8% (zie figuur 2.2).

Aandeel vrouwelijke huisartsen

Dat het aantal FTE minder sterk is toegenomen dan het aantal huisartsen heeft deels te maken met een snelle toename van het aantal vrouwelijke huisartsen die vaker in deeltijd werken. In 1990 was 15% van de huisartsen vrouw, terwijl dit in 2001 reeds 27% bedroeg. Overigens lag het percentage vrouwen in de grote steden altijd al hoger dan elders in Nederland. In 1990 was 23% van de huisartsen in de vier grote steden vrouw, in 2001 is dit toegenomen tot 35%.

Leeftijd van de huisartsen

De leeftijdsopbouw van de huisartsenpopulatie is in de afgelopen 10 jaar sterk veranderd. In 1990 was 21% van de huisartsen ouder dan 50 jaar. In 2001 geldt dit voor bijna 34% van alle huisartsen. In de vier grote steden is het percentage 50-plussers toegenomen van 20% in 1990 naar 36% in 2001. Dit wijkt overigens nauwelijks af van de overige grote steden en de rest van Nederland.

Uitstroom van huisartsen

In de periode 1990-2001 is circa 31% van alle in 1990 werkzame huisartsen gestopt met werken. De vier grote steden hebben een iets hogere uitstroom (34%) gehad dan de overige grote steden (28%) en de rest van Nederland (32%).

Ontwikkelingen in de aansluiting tussen vraag en aanbod

Aantal contacten per FTE

Per saldo is in 2001 het geschatte aantal contacten per FTE huisarts in de vier grote steden zo'n 8 à 9% groter dan in de rest van Nederland. Anders dan het aantal inwoners per FTE wijst het aantal contacten per FTE op een hogere werklast in de grote steden. Uit een vervolganalyse naar de situatie in de vier grote steden blijkt overigens dat er aanzienlijke verschillen tussen de steden zijn. De werklast is het hoogst in de steden Rotterdam en Den Haag, daar ligt de werklast 12 à 13% boven het landelijk gemiddelde. In Amsterdam is de situatie minder slecht, maar ligt de werklast desalniettemin 5% boven het landelijk gemiddelde. In Utrecht is de situatie zelfs gunstig, daar ligt de werklast 3% onder het landelijk gemiddelde (Kenens et al., in druk).

Relatieve ontwikkeling van de werklast

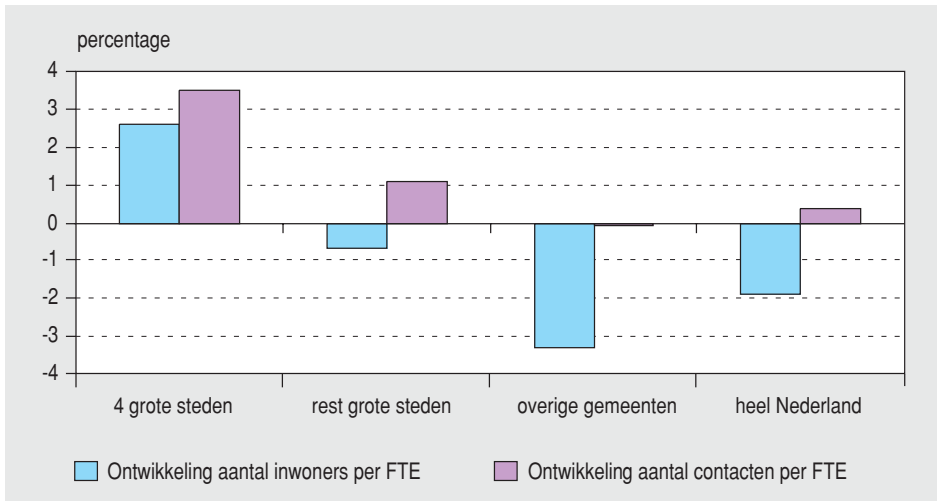
Al met al is in de vier grote steden de werklast per huisarts tussen 1990 en 2001 volgens de berekeningen iets toegenomen: het aantal contacten is naar schatting met 3,5% toegenomen, in de rest van de grote steden steeg dit met 1,1%, terwijl het in overige gemeenten constant is bleef (zie figuur 2.3).

Vraag en aanbod in achterstandswijken in de grote steden

Vraag

In de achterstandswijken wonen circa 863.000 mensen, ofwel 15% van de totale bevolking in de grote steden (in 2001). Circa 20% woont in de aangrenzende gebieden en 65% in de overige gebieden van de grote steden. De achterstandswijken hebben een relatief jonge bevolking. Circa 71% is jonger dan 44 jaar tegenover 63% in de overige gebieden. De verschillen in etnische samenstelling van de bevolking zijn veel groter. Bijna 45% van de bevolking in achterstandswijken bestaat uit niet-westers allochtonen. In de aangrenzende postcodegebieden en de overige gebieden is dat respectievelijk 18 en 11%.

Op basis van landelijke contactfrequenties, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit) is berekend dat in de achterstands-



Figuur 2.3: Procentuele ontwikkeling van de werklust (aantal contacten en aantal inwoners) per FTE huisarts 1990-2001.

wijken de gemiddelde jaarlijkse contactfrequentie met de huisarts waarschijnlijk iets hoger is (4,5) dan in de aangrenzende (4,4) en overige postcodegebieden (4,3) in de grote steden.

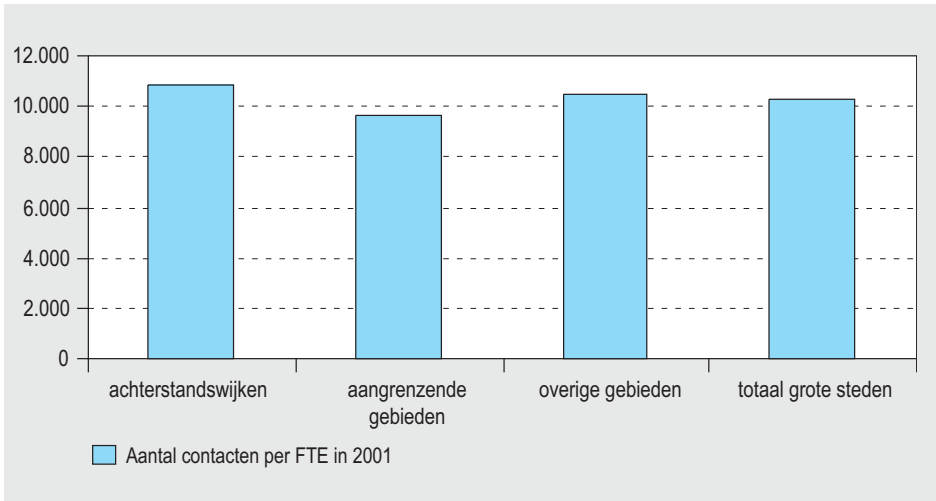
Aanbod

Van de huisartsen in de grote steden is 15% gevestigd in een achterstandswijk. Dit geldt ook voor het aantal FTE huisartsen. Overigens werken er relatief iets meer vrouwen in de achterstandswijken. Circa 33% van de huisartsen in achterstandswijken is vrouw. Huisartsen in de achterstandswijken zijn gemiddeld iets ouder dan in de overige gebieden: circa 38% is ouder dan 50 jaar, in zowel de aangrenzende als de overige postcodegebieden is dat 35%.

Aansluiting tussen vraag en aanbod

In de achterstandswijken bedraagt het aantal inwoners per FTE 2.407. De aangrenzende postcodegebieden scoren het laagst (namelijk 2.191 inwoners per FTE huisarts) en de overige postcodegebieden het hoogst (2.441). Dit zou kunnen betekenen dat in de achterstandswijken relatief grotere praktijken zijn gevestigd dan in de aangrenzende postcodegebieden. Het is echter niet uitgesloten dat de patiëntenpopulatie van de huisartsen in de aangrenzende postcodegebieden voor een deel afkomstig is uit de achterstandswijken.

Figuur 2.4 toont het aantal contacten per FTE. Het gemiddeld aantal contacten per FTE is in de achterstandswijken het hoogst: gemiddeld 10.841 op jaarbasis. In de aangrenzende postcodegebieden is dat 9.650 en in de overige postcodegebieden 10.469. Dit zou kunnen betekenen dat de werklust in achterstandswijken hoger ligt dan in de overige gebieden. Opvallend is echter dat juist in de aangrenzende gebieden de werklust het laagst is, terwijl de gemiddelde praktijkgrootte daar eveneens het laagst is.



Figuur 2.4: Aantal contacten per FTE huisarts in 2001 in stedelijke achterstandswijken vergeleken met andere postcodegebieden in die steden.

Conclusie

Op dit moment is het aantal contacten per FTE huisarts in de vier grote steden naar schatting grofweg 9% hoger is dan in de rest van Nederland. Dit heeft vooral te maken met een hogere gemiddelde contactfrequentie per patiënt, want de gemiddelde praktijkomvang (het aantal inwoners per FTE huisarts), is in de vier grote steden namelijk minder dan elders.

Als gevolg van demografische veranderingen is de werklast per huisarts in de vier grote steden in de afgelopen tien jaar naar schatting met ongeveer 3% toegenomen, terwijl deze in de overige grote steden naar alle waarschijnlijkheid slechts met 1% gestegen is en in de rest van Nederland zelfs constant is gebleven. Dit is het gevolg van twee ontwikkelingen. De bevolkingsgroei in de grote steden was relatief klein, waardoor de totale vraag naar huisartsenzorg minder groeide dan in de rest van Nederland. Maar de groei van het huisartsenaanbod bleef in de grote steden eveneens achter bij die van de rest van Nederland en bood onvoldoende compensatie. Deze ongunstige ontwikkeling deed zich met name in de vier grote steden voor.

Binnen de grote steden blijkt dat de werklast in de achterstandswijken ongeveer 5% groter is dan in de grote steden als geheel. Het is daarbij echter niet uitgesloten dat een deel van de inwoners uit de achterstandswijken bij een huisarts staat ingeschreven in een direct aangrenzende wijk.

Hoewel de cijfers een duidelijke indicatie geven van de toename van de werklast van de huisartsen in de grote steden en de situatie in de achterstandswijken, zou men idealiter ook willen weten of de tijd die een consult in beslag neemt in de steden groter is. Ook zou men willen weten hoe zwaar factoren wegen die de werklast subjectief

hebben kunnen doen toenemen, zoals de toename van moeizaam verlopende consulten of agressieve patiënten. Het is mogelijk dat deze factoren van grotere invloed zijn dan de demografische invloeden die in deze paragraaf centraal stonden.

In *paragraaf 3.3* wordt onderzocht hoe vraag en aanbod van huisartsenzorg zich in de komende tien jaar zullen ontwikkelen.

2.4.2 Is er een groter tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden in de grote steden dan elders?

H. Verkleij

Het aantal vacatures per 100 banen in de gezondheids- en welzijnszorg ligt in Amsterdam boven het landelijk gemiddelde, voor het aantal moeilijk vervulbare vacatures is dat ook in Den Haag en Rotterdam het geval. In Utrecht ligt het aantal vacatures onder het landelijk gemiddelde.

Verpleegkundigen en verzorgenden vormen de omvangrijkste beroepsgroep in ziekenhuizen, instellingen voor gehandicapten, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Er zijn circa 480.000 personen werkzaam in een zorgberoep. Hiervan werkt tweederde in een verpleegkundig of verzorgend beroep (Hingstman et al., 2001).

Arbeidsmarktproblemen worden gewoonlijk als een regionaal probleem beschouwd en cijfers over de arbeidsmarkt worden daarom vooral op regionaal niveau verzameld en gepresenteerd. Tot voor kort waren er dan ook nauwelijks gegevens op stedelijk niveau beschikbaar. In 2002 heeft het CBS op verzoek van VWS enkele gegevens uit de Vacature-enquête onder bedrijven en instellingen op gemeentelijk niveau geanalyseerd. De enquête heeft alleen betrekking op personeel in loondienst.

De beschikbare gegevens betreffen het aantal openstaande vacatures per 100 banen (in %) in september 2001. Ook het aantal moeilijk vervulbare vacatures wordt per 100 banen uitgedrukt. Zorginstellingen geven zelf aan welke vacatures zij op grond van hun ervaring moeilijk vervulbaar achten.

De gegevens zijn uitgesplitst naar vier sectoren: intramurale cure (ziekenhuizen), extramurale cure, intramurale care, en extramurale care en welzijn. De beschikbare gegevens zijn niet helemaal op onze vraagstelling toegesneden omdat ook het personeel met een ander beroep in deze sectoren is meegenomen. Maar omdat het overgrote deel verpleegkundigen en verzorgenden betreft, zijn de gegevens wel voldoende om een redelijk betrouwbare indicatie te geven.

Resultaten

Uit *tabellen 2.4 en 2.5* blijkt dat zowel de totale vacaturegraad als het percentage moeilijk vervulbare vacatures in de vier grote steden tezamen hoger is dan in de rest van Nederland. In september 2001 stonden in de vier grote steden 3,2 vacatures per 100 openstaande banen open, waarvan er 2,1 als moeilijk vervulbaar beoordeeld werden door de zorginstellingen. Dit aantal is hoger dan in de rest van Nederland. De (moeilijk vervulbare) vacaturegraad in de overige steden gezamenlijk ligt op het landelijke niveau.

Tabel 2.4: Aantal vacatures per 100 banen in de zorg in de grote steden (Bron: CBS, gegevens geleverd op verzoek van ministerie van VWS).

	Vier grote steden	Alle overige steden met meer dan 100.000 inwoners	Nederland
Alle sectoren	3,2	2,5	2,4
Cure intramuraal	2,9	1,6	2,0
Cure extramuraal	2,3	3,5	3,2
Care intramuraal	4,0	1,8	2,0
Care extramuraal (en welzijn)	3,5	3,9	3,2

Tabel 2.5: Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 100 banen in de zorg in de grote steden (Bron: CBS, gegevens geleverd op verzoek van ministerie van VWS).

	Vier grote steden	Alle overige steden met meer dan 100.000 inwoners	Nederland
Alle sectoren	2,1	1,3	1,3
Cure intramuraal	2,2	1,1	1,3
Cure extramuraal	1,4	2,1	1,7
Care intramuraal	2,7	0,8	1,0
Care extramuraal (en welzijn)	1,8	1,4	1,4

Verder blijkt dat in de vier grote steden de problemen in de intramurale sectoren groter zijn dan in de extramurale sectoren, terwijl in de rest van Nederland juist de problemen in de extramurale sectoren het grootst zijn.

Tabel 2.6 laat zien dat er tussen de vier grote steden onderling aanzienlijke verschillen bestaan. Zo is het aantal moeilijk vervulbare vacatures in Amsterdam het hoogst (3,2%), ook Rotterdam (2,9%) en Den Haag (2,6%) liggen boven het gemiddelde van Nederland, maar de problematiek lijkt daar minder groot dan in Amsterdam. Utrecht ligt zelfs onder het landelijk gemiddelde.

Tabel 2.6: Aantal (moeilijk vervulbare) vacatures per 100 banen in de zorg in de vier grote steden (Bron: CBS, gegevens geleverd op verzoek van ministerie van VWS).

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht
Vacatures	4,5	2,9	2,6	1,7
Moeilijk vervulbare vacatures	3,2	1,8	1,9	0,7

Conclusie

Er is een landelijk tekort aan verplegend en verzorgend personeel. Uitgedrukt in de vacature-intensiteit (aantal vacatures per 100 banen) zijn de tekorten het grootst in Amsterdam. Wat betreft de moeilijk vervulbare vacatures steken ook Den Haag en Rotterdam boven het landelijk gemiddelde uit.

Onlangs bracht Ecorys-Nei een rapport uit over de arbeidsmarkt in de publieke sector in de grote steden. Dat rapport komt tot enigszins tegengestelde conclusies en vindt dat de tekorten in de verpleging en verzorging in de grote steden niet zo veel afwijken van het landelijk gemiddelde (Van der Ende et al., 2002). De gegevens in dat rapport zijn echter een jaar ouder dan die in deze paragraaf zijn opgenomen en het kan zijn dat de verschillen tussen de steden pas daarna ontstaan zijn. Bekend is dat de vacaturegraad in de zorg- en welzijnssector toenam van 0,9% in 1995 tot 2,0% in 2000 (Hingstman et al, 2001). Vanuit zorginstellingen in Amsterdam wordt evenwel al langer op de personeelsproblematiek gewezen.

Het is niet zeker of het hogere tekort in de drie grootste steden van ons land een blijvend probleem is, maar een aantal veronderstelde oorzaken zoals duurdere huizen, extra parkeerproblemen en grotere onveiligheid zijn naar verwachting niet snel verdwenen. Aan de andere kant kan een stilstand van de economie de aantrekkelijkheid van het werken in de zorgsector op korte termijn mogelijk weer vergroten en de verschillen tussen de steden en met de rest van Nederland doen afnemen. In *paragraaf 3.4* wordt een korte termijn verwachting (tot 2005) van de arbeidsmarkt op regionaal niveau gegeven voor het verpleegkundig en verzorgend personeel.

2.4.3 Is er een tekort aan Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in Amsterdam?

M. ten Have, H. Giesbers

In Amsterdam is er een groter aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg dan in de rest van Nederland, ook als rekening wordt gehouden met het veel groter aantal personen met psychiatrische problematiek in die stad.

Psychische klachten vormen een omvangrijk deel van de landelijke en grootstedelijke gezondheidsproblematiek. Hier willen we de vraag beantwoorden of de omvang van het zorgaanbod in overeenstemming is met de aanwezige psychische problematiek in de grote steden. We beperken ons daarbij tot Amsterdam (inclusief Diemen), omdat vooral in Amsterdam duidelijk meer psychische stoornissen voorkomen dan in de rest van Nederland, namelijk bijna twee keer zo veel (Spijker et al., 2001). Een bijkomende reden is dat in de beschikbare regionale gegevens de andere steden niet duidelijk herkenbaar zijn.

We baseren ons op het rapport 'AGGZ op de kaart' (Ten Have et al., 2002). Zorgaanbod is in kaart gebracht door middel van de beschikbare financiële budgetten per regio. Op basis van de regionale budgetgegevens kunnen we eigenlijk alleen iets zeggen over Amsterdam, omdat de regio Amsterdam behalve de stad zelf alleen de gemeente Diemen omvat. De andere grote steden zijn niet eenduidig te herkennen: de regio Rotterdam omvat buiten de stad zelf 38 andere gemeenten, de regio Den Haag 18 en de regio Utrecht 33 gemeenten. Hetzelfde geldt voor de middelgrote steden. *Tekstblok 2.2* geeft meer details over de gevolgde methode.

Tekstblok 2.2: Methode

Zorgbehoefte is in 'AGGZ op de kaart' gedefinieerd als het aantal personen met psychische stoornissen (prevalentie). Voor een schatting van deze zorgbehoefte is gebruik gemaakt van gegevens uit NEMESIS. NEMESIS is het enige groot-schalige en longitudinale prevalentie-onderzoek in Nederland naar de aanwezigheid van psychiatrische problematiek onder een representatieve steekproef van ruim 7.000 volwassen Nederlanders (18-64 jaar). Dit onderzoek is in 94 gemeenten uitgevoerd, waaronder ook de vier grote en een aantal middelgrote steden.

Zorgaanbod is in kaart gebracht door middel van de beschikbare financiële budgetten per regio. In 2000 bedroeg het totale beschikbare budget voor de AGGZ in Nederland voor de leeftijdsgroep van 18-64 jaar 256 miljoen euro. De budgetten worden

tot op heden regionaal verdeeld. Onder de AGGZ vallen de volgende voorzieningen: zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, RIAGG's, en de poliklinieken van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ).

In de analyses is gebruikt gemaakt van de regio-indeling die gehanteerd wordt voor de verdeling van geldmiddelen voor zelfstandig gevestigde psychiaters (ZGP-regio's). Deze indeling loopt parallel aan de AWBZ-regio indeling, maar een aantal regio's zijn samengevoegd. Dit resulteert in 23 ZGP-regio's. Het onderzoek beperkte zich tot de volwassen bevolking (18-64 jaar). Om op basis van de NEMESIS enquêtegegevens de zorgbehoefte per regio te schatten is een rekenmodel gebruikt.

Resultaten

Van alle volwassen Nederlanders heeft een kleine 23% één of meer psychiatrische stoornissen. De regio Amsterdam heeft de hoogste prevalentie. De werkelijk *gemeten* omvang van psychiatrische stoornissen in Amsterdam bedroeg 36,7%, de *modelmatig geschatte* omvang voor Amsterdam en Diemen tezamen was 32,8%. De regio Amsterdam heeft met € 59 per volwassen inwoner het meeste geld beschikbaar voor AGGZ. Het verschil met de rest van Nederland bedraagt een factor 2,5. Zetten we het aanbod af tegen de zorgbehoefte dan heeft Amsterdam nog steeds het hoogste bedrag beschikbaar. Het verschil met de rest van Nederland wordt echter wel kleiner en bedraagt nu een factor 1,7 (zie tabel 2.7). Als we uit zouden gaan van de werkelijk gemeten omvang van psychiatrische problematiek in Amsterdam alleen, zou dit verschil nog iets kleiner worden (ongeveer 10%), maar nog steeds duidelijk hoger zijn dan in de rest van Nederland.

Tabel 2.7: Budgetten AGGZ (x miljoen €) in de regio Amsterdam en de rest van Nederland, 2000 (Bron: Ten Have et al., 2002; bewerking RIVM)

	Regio Amsterdam		Rest van Nederland		Nederland totaal	
Budget zelfstandig gevestigde psychiaters (aandeel %)	6,9	22%	32,1	14%	39,1	15%
Budget zelfstandig gevestigde psychotherapeuten (aandeel %)	3,0	10%	12,7	6%	15,8	6%
Budget RIAGG (aandeel %)	13,8	45%	112,4	50%	126,2	49%
Budget poliklinieken APZ (aandeel %)	6,8	22%	60,3	27%	67,2	26%
Budget poliklinieken PAAZ (aandeel %)	0,16	1%	7,9	3%	8,0	3%
Totaal budget AGGZ	30,8		225,5		256,3	
Aantal inwoners x 1.000 (18-64 jaar)	523		9698		10220	
Totaal budget AGGZ per inwoner van 18-64 jaar	59,0		23,2		25,1	
Geschatte prevalentie enige psychiatrische stoornis (%)	32,8		22,4		22,9	
Totaal budget AGGZ per ziektegeval	179,8		104,1		109,6	

Conclusie

Het beschikbare budget in (de regio) Amsterdam is groter dan in de rest van Nederland, ook als rekening wordt gehouden met de grotere omvang van de psychiatrische problematiek in de algemene bevolking in Amsterdam.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor het groter budget in de regio Amsterdam. Allereerst de historisch gegroeide praktijk van de budgetverdeling waardoor stedelijke gebieden een hoger budget krijgen. Een tweede mogelijkheid is dat het beschikbare aanbod de vraag stimuleert, waardoor een groter deel van de psychische problematiek in Amsterdam tot zorggebruik leidt. Een derde mogelijke verklaring ligt in een eventuele onderschatting van de behoefte in de grote steden: in NEMESIS zijn onder meer geen dak- en thuislozen betrokken, wat tot een onderschatting van de 'zorgvraag' in Amsterdam zou kunnen leiden. Maar het lijkt onwaarschijnlijk dat dit het gehele verschil verklaart.

Een andere kanttekening is dat dit onderzoek zich richtte op de omvang van de psychiatrische problematiek. Een groot deel van de hulpvraag in de eerste lijn in de grote stad betreft psychische problemen die (nog) niet zijn uitgegroeid tot een psychiatrische stoornis. Ook de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog verlenen hulp bij psychische problematiek. Deze zijn in deze paragraaf niet meegenomen, omdat ze niet onder de AGGZ-budgetregeling vallen. Voor een goed overzicht van de beschikbare hulpverlening in de grote stad zou het wenselijk zijn om ook hier meer inzicht in te krijgen.

2.4.4 Zijn de wachtlijsten in de grote steden groter dan elders?

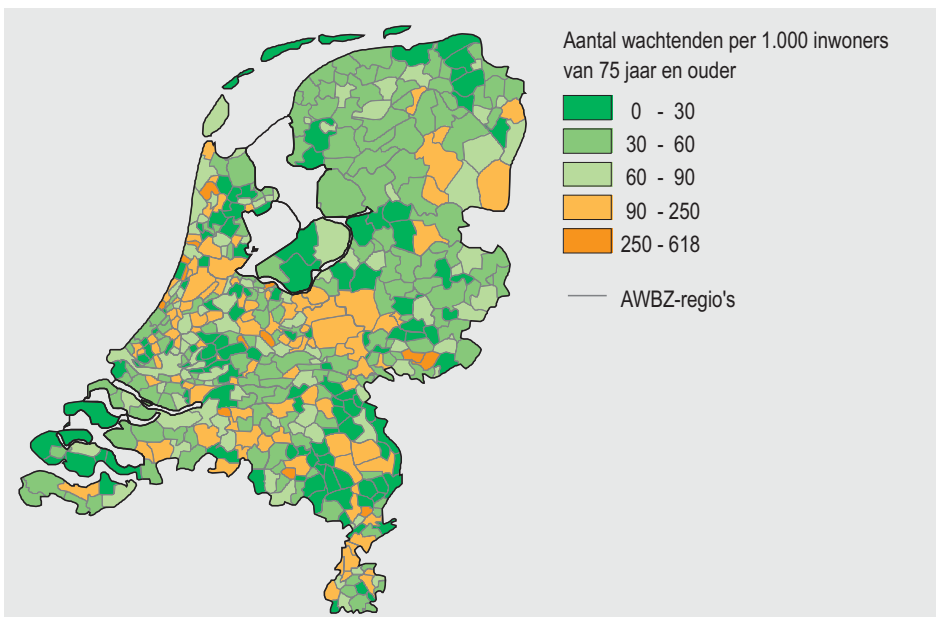
H. Giesbers, R.A. Verheij

De wachtlijsten in de zorg in de grote steden wijken niet systematisch af van het landelijk gemiddelde.

In deze paragraaf trachten we een antwoord te krijgen op de vraag in hoeverre wachtlijsten in de zorg groter zijn in de grote steden dan elders in Nederland. Daarvoor gebruiken we de bestaande wachtlijstregistraties voor verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg.

Aantal wachtenden op verpleging en verzorging

Met behulp van gegevens uit de derde landelijke inventarisatie per 1 oktober 2001 (Taskforce aanpak wachtlijsten, 2002a) is nagegaan of mensen in de grote steden langer moeten wachten dan mensen elders in Nederland. Van iedere persoon op de wachtlijst is de woonplaats bekend. Op 1 oktober 2001 wachtten in Nederland in totaal ruim 87.000 mensen op verpleging en verzorging. Hiervan wachtte 43% op thuiszorg, 40% op een plaats in een verzorgingshuis en 17% op een plaats in een verpleeghuis. Van het totaal aantal wachtenden ontving bijna 60% een vorm van over-



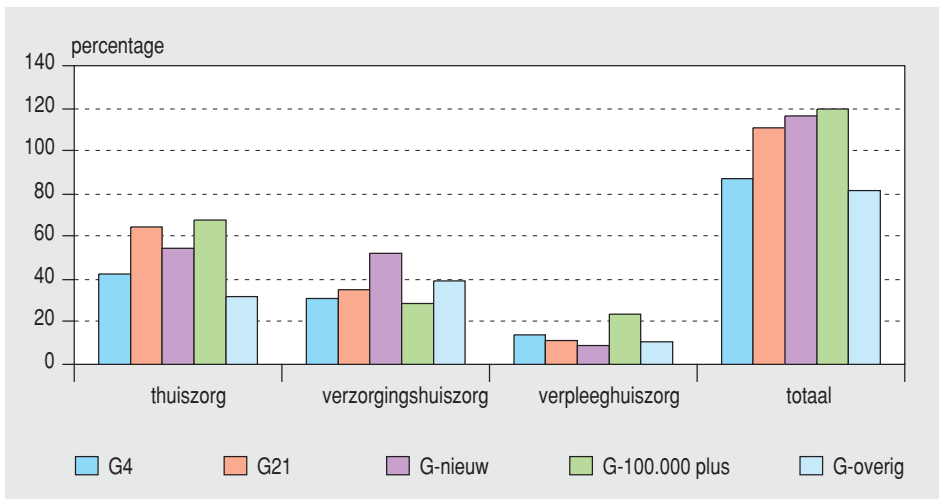
Figuur 2.5: Aantal wachtenden op thuiszorg, verzorgingshuis- of verpleeghuiszorg per 1.000 inwoners van 75 jaar en ouder per gemeente op 1 oktober 2001 (Bron: Taskforce aanpak wachtlijsten, 2002a; CBS).

bruggingszorg.

Figuur 2.5 toont het aantal wachtenden op verpleging en verzorging per gemeente gerelateerd aan het aantal 75-plussers in een gemeente. Het aantal wachtenden varieert sterk tussen gemeenten. Het gemiddelde aantal wachtenden is het grootst in gemeenten in het westen en midden van het land.

Figuur 2.6 toont het gemiddeld aantal wachtenden op verpleging en verzorging per 1.000 75-plussers, uitgesplitst naar gemeentetype. Het grootste aantal wachtenden voor thuiszorg woont in de middelgrote steden (G-100.000 plus, G21 en G-nieuw). Het probleem in de vier grote steden (G4) is minder groot. In het weinig-stedelijk en landelijk gebied zijn de wachtlijsten voor thuiszorg aanzienlijk korter (niet in figuur). Het aantal wachtenden op een plaats in een verzorgingshuis is het grootst in de G-nieuw, en het aantal wachtenden op een plaats in een verpleeghuis het grootst in de G-100.000 plus.

Binnen elk van de gemeentetypen zijn de verschillen echter veel groter. Het aantal wachtenden op thuiszorg per 1.000 75-plussers bedraagt in Utrecht 98, in Amsterdam 55, in Rotterdam 32 en in Den Haag 16. Binnen de G21 is er een aantal steden met meer dan 100 wachtenden per 1.000 75-plussers (Den Bosch, Nijmegen, Arnhem en Schiedam), maar ook steden met minder dan 10 wachtenden per 1.000 75-plussers (Helmond en Venlo). De variatie tussen de afzonderlijke steden is dus veel groter dan tussen de typen steden. Dat geldt ook voor de verzorgings- en verpleeghuizen, zij het iets minder extreem.

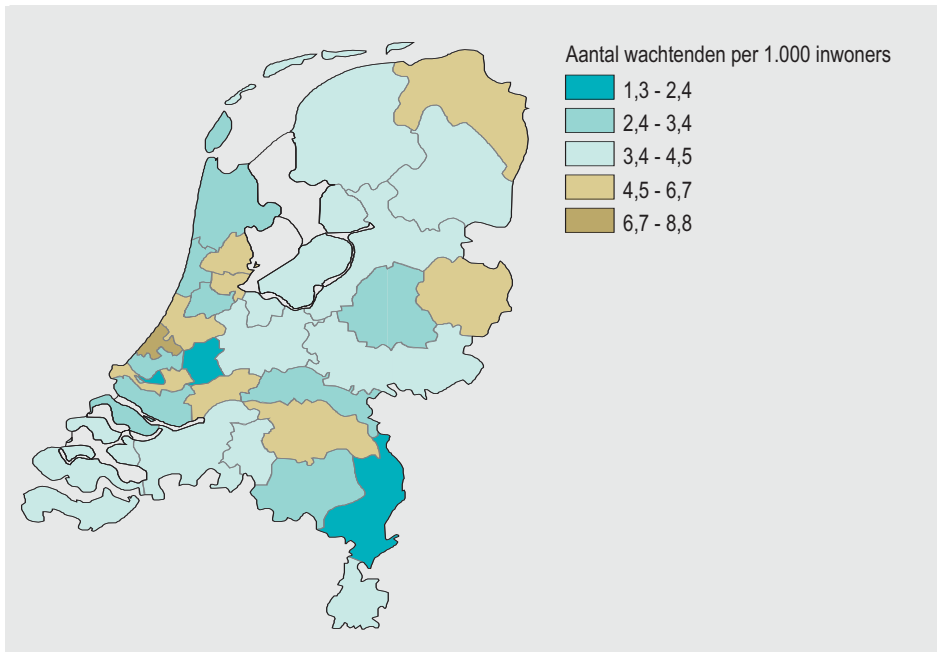


Figuur 2.6: Aantal wachtenden op thuiszorg, verzorgingshuis- of verpleeghuiszorg per gemeentetype op 1 oktober 2001 (Bron: Taskforce aanpak wachtlijsten, 2002a, CBS Statline 2002).

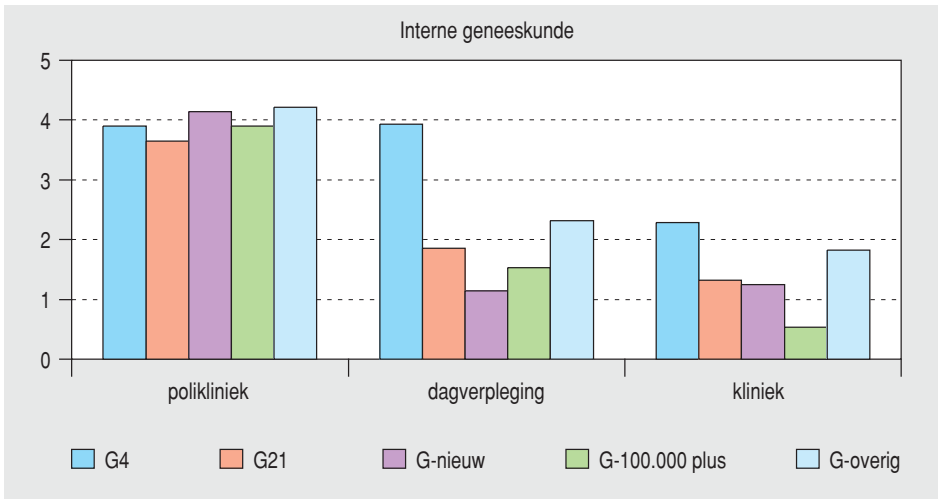
Aantal wachtenden in de geestelijke gezondheidszorg

Met behulp van gegevens van de landelijke inventarisatie van de wachtlijstgegevens in de geestelijke gezondheidszorg is het mogelijk om op het niveau van AWBZ-regio's een indruk te krijgen van regionale verschillen in het aantal wachtenden op GGZ. Op 1 januari 2002 wachtten bijna 77.000 mensen op GGZ (waarvan 5.500 op vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en forensische psychiatrie). Dat is gemiddeld 4,5 personen per 1.000 inwoners (Taskforce aanpak wachtlijsten, 2002b).

Figuur 2.7 toont voor elk van de AWBZ-regio's het aantal wachtenden. De grootstedelijke regio Haaglanden heeft met 8,8 personen per 1.000 inwoners relatief de meeste wachtenden. Er zijn nog acht andere regio's met een lange wachtlijst, waaronder enkele grootstedelijke regio's zoals Amsterdam en Rotterdam, maar ook regio's zoals Groningen en Twente die naast een groot aantal stedelingen ook een omvangrijke plattelandsbevolking tellen.



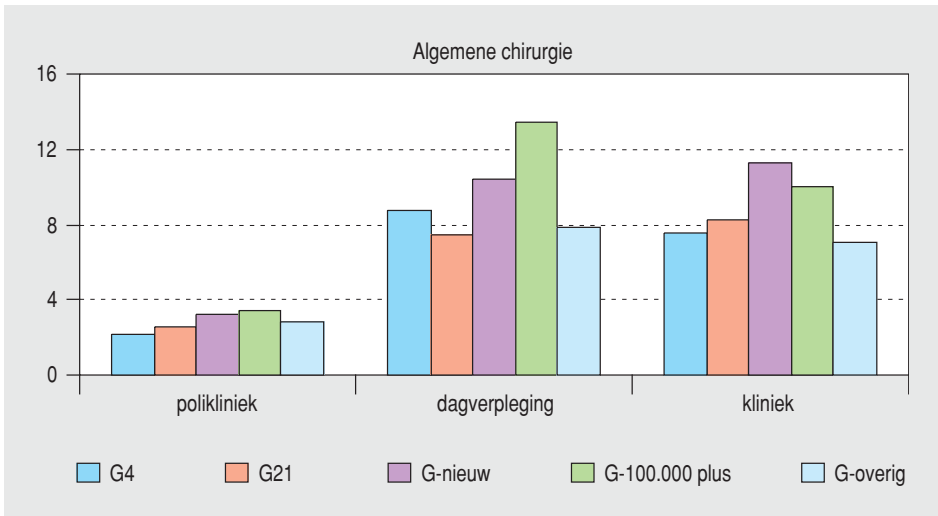
Figuur 2.7: Aantal wachtenden op geestelijke gezondheidszorg (exclusief wachtenden op zorg van zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten en op zorg van forensische psychiatrie) per 1.000 inwoners per AWBZ-regio op 1 januari 2002 (Bron: Taskforce aanpak wachtlijsten, 2002b en CBS).



Figuur 2.8: Gemiddelde wachttijd voor interne geneeskunde per gemeentetype, juni 2001 tot en met juli 2002 (Bron: NVZ).

Wachttijden in de ziekenhuiszorg

In de ziekenhuissector zijn geen gegevens over het aantal wachtenden bekend, maar alleen gegevens over gemiddelde wachttijden die de ziekenhuizen zelf opgeven (vaak een schatting). Deze staan in de databank wachttijden van de NVZ op internet. Voor twee basisspecialismen die in elk ziekenhuis aanwezig zijn, interne geneeskunde en algemene chirurgie, is nagegaan of de wachttijd in de ziekenhuizen in de grote steden korter of langer is dan elders in Nederland. Figuren 2.8 en 2.9 laten zien dat er geen grote verschillen zijn naar type gemeente.



Figuur 2.9: Gemiddelde wachttijd voor algemene chirurgie per gemeentetype, juni 2001 tot en met juli 2002 (Bron: NVZ).

Conclusie

De wachtlijsten in de zorg in de grote steden wijken niet systematisch af van het landelijk gemiddelde. Alleen de wachtlijstgegevens voor verpleging en verzorging bieden de mogelijkheid om de steden op een goede manier te vergelijken met andere delen van Nederland. De wachtlijstgegevens voor GGZ en ziekenhuiszorg zijn minder geschikt voor het beantwoorden van de vraag, maar geven op het eerste gezicht geen aanleiding te veronderstellen dat stedelingen langer moeten wachten dan mensen elders in Nederland.

Met name de registratie van wachttijden in ziekenhuizen heeft tekortkomingen, die het moeilijk maken in te schatten hoe lang mensen in de grote steden nu moeten wachten op zorg. Bovendien betreft het thans een *schatting* van de wachttijd, door het ziekenhuis zelf. Het verdient aanbeveling om in de toekomst de *feitelijk* gerealiseerde wachttijd van patiënten te registreren, onder vermelding van hun postcode. Dit laatste zou het mogelijk maken om te bekijken of mensen in achterstandsgebieden binnen de steden langer of juist korter moeten wachten op zorg.

Ook de wachtlijstregistratie binnen de GGZ heeft tekortkomingen waardoor het moeilijk is een indruk te krijgen van verschillen tussen typen gemeenten, laat staan typen wijken. Een registratie op het niveau van patiënten, met vermelding van postcode, zou ook hier voordelen hebben.

2.5 Duiden gegevens over zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem in de grote steden?

E. Uiters, G.P. Westert, W. Devillé, R.A. Verheij

2.5.1 Hoe is dat onder de autochtone bevolking?

Autochtone bewoners van de grote steden gebruiken meer zorg dan mensen buiten de steden, deels als gevolg van hun slechtere gezondheidstoestand en slechtere sociaal-economische positie. Dit geeft géén aanwijzingen voor een groter of breder toegankelijkheidsprobleem in de zorg in de grote steden dan elders. Zorggebruikcijfers geven echter geen uitsluitel over andere aspecten van toegankelijkheid, zoals het niet kunnen vinden van een huisarts, wachttijden of de kwaliteit van de zorg.

In deze paragraaf stellen we twee vragen:

1. Gebruiken autochtone bewoners van de grote steden meer of minder zorg dan de rest van de bevolking en welke onderdelen van de zorg betreft dat dan?
2. Worden deze verschillen verklaard door de slechtere gezondheidstoestand en door de specifieke demografische en sociaal-economische samenstelling van de stedelijke bevolking?

De tweede vraag gaat in op de relatie tussen zorgbehoefte en het gebruik van zorg. We zullen proberen daaruit conclusies te trekken over de toegankelijkheid van zorg. Om uitspraken te kunnen doen over de toegankelijkheid is het van belang om rekening te houden met verschillen in gezondheidstoestand. Een hoger zorggebruik in de steden kan immers heel goed verklaarbaar zijn door het feit dat de stedelijke bevolking minder gezond is en anders van samenstelling, terwijl een lager gebruik op een toegankelijkheidsprobleem kan duiden.

Omdat we veronderstellen dat de ernst van een verminderde toegankelijkheid van de zorg problematischer is voor mensen met een gezondheidsprobleem dan voor degenen die dat niet hebben, zijn ook aparte analyses uitgevoerd voor de specifieke groep van mensen met een slechte of matige gezondheid. Omdat de zorg in achterstandswijken van de grote steden in dit rapport een belangrijke plaats inneemt, is hetzelfde gedaan voor mensen uit lagere SES-groepen.

Deze paragraaf beperkt zich tot de autochtone bevolking van 18 jaar en ouder. In *paragraaf 2.5.2* gaan we in op het zorggebruik onder de allochtone bevolking.

Methoden

Voor de analyses werd gebruikgemaakt van materiaal uit het gezondheidsinterview van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, die werd uitgevoerd in 2000/2001. *Tekstblok 2.3* geeft een overzicht van het gebruikte onderzoeksmateriaal en de technische aspecten van de analyse.

Tekstblok 2.3: Onderzoeksmateriaal en methode patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk

Materiaal: gezondheidsenquête uit de Tweede Nationale Studie 2000/2001 (Schellevis et al., 2003). Mondelinge enquête in het Nederlands.
Steekproef trekking: gestratificeerde, trapsgewijze steekproef.
Steekproefomvang: 19.685 benaderd, 12.699 gerepondeerd.
Selecties: Nederlandstalige bevolking, 18 jaar en ouder.
Representativiteit: er hebben in totaal 104 huisartspraktijken met daarin 195 werkzame huisartsen meegedaan aan het onderzoek. Van deze praktijken zijn 22 gevestigd in een zeer sterk stedelijk gebied, 26 in een stedelijk gebied, 21 in een matig stedelijk gebied, 22 in een weinig stedelijk gebied en 13 in een niet-stedelijk gebied. Deze verdeling is representatief ten opzichte van de vestigingsplaats van huisartsen in Nederland (Schellevis et al., 2002). Van de deelnemende huisartsen is 7,7% gevestigd in een achterstandswijk, gedefinieerd op basis van de volgende vier kenmerken: percentage allochtonen, percentage

uitkeringsgerechtigden, gemiddeld inkomen per ontvanger en omgevingsadressendichtheid (Verheij et al., 1998). Landelijk gezien ligt dit percentage op 5,9%. De respons op de enquête is 64,5%. Er zijn geen grote verschillen tussen respondenten en non-respondenten ten aanzien van leeftijd, geslacht en stedelijkheidsgraad.

Methode: logistische regressie, corrigerend voor:

- leeftijd
- geslacht
- hoogste voltooide opleiding (laag= lager dan MAVO; hoog= MAVO of hoger)
- ervaren gezondheid (matig/slecht versus uitstekend/zeer goed/goed)
- chronische aandoeningen (één of meer versus geen)
- verzekeringsvorm (particulier versus ziekenfonds)
- stedelijkheidsgraad van de praktijk (zeer sterk stedelijk, sterk stedelijk, matig stedelijk, weinig stedelijk, niet stedelijk=referentiecategorie) (Dulk et al., 1992).

(vervolg tekstblok 2.3)

Twee specifieke subgroepen zijn apart bekeken: mensen met een lage opleiding en mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid. Op deze groepen is eveneens logistische regressie uitgevoerd, met weglating van respectievelijk opleiding en ervaren gezondheid/chronische aandoeningen als controlevariabelen.

Afhankelijke variabelen:

- contact met de huisarts gehad in afgelopen 2 maanden (ja/nee)
- vaker dan twee keer contact gehad met de huisarts in de afgelopen twee maanden (ja/nee)
- contact gehad met één of meerdere medisch specialisten in het afgelopen jaar (ja/nee);
- opgenomen in een ziekenhuis of kliniek in het afgelopen jaar (ja/nee)
- contact met een fysiotherapeut of oefentherapeut in het afgelopen jaar (ja/nee)
- contact gehad met één of meerdere psychosociale hulpverleners (RIAGG, crisiscentrum, Algemeen Maatschappelijk Werk, vrij gevestigd psycholoog, psychiater of psychotherapeut, polikliniek psychiatrie, consultatiebureau voor alcohol en drugs, seksuoloog of nog andere psychosociale hulpverleners) in het afgelopen jaar (ja/nee)
- contact gehad met één of meerdere andere behandelaars (antroposoof, acupuncturist, homeopaat, manueel therapeut, natuurgenezer, paranormaal behandelaar) in het afgelopen jaar (ja/nee)
- gebruik thuiszorg in het afgelopen jaar (ja/nee)
- gebruik van door arts voorgeschreven medicijnen in de afgelopen veertien dagen (ja/nee)
- gebruik medicijnen zonder recept (ja/nee)

De eerste vraag wordt beantwoord door het zorggebruik in vijf categorieën van stedelijkheidsgraad met elkaar te vergelijken, zonder enige correctie voor verschillen in bevolkingssamenstelling of gezondheid (*zie tabel 2.8*).

De tweede vraag wordt beantwoord door in de analyses te corrigeren voor verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en verzekeringsvorm (factoren waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op de gezondheidstoestand en daarmee op de behoefte aan zorg) en voor verschillen in de gezondheidstoestand zelf (ervaren gezondheid en de aanwezigheid van chronische aandoeningen) (*zie tabel 2.9*).

Tabel 2.8: Gebruik van zorgvoorzieningen onder de autochtone bevolking naar stedelijkheid (%).

	Niet stedelijk	Weinig stedelijk	Matig stedelijk	Sterk stedelijk	Zeer sterk stedelijk	Totaal
N	973	2045	1841	1827	1106	7792
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	38,4	42,0	41,3	41,9	44,8*	41,8
>2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	18,7	18,0	16,1	15,4	16,4	16,8
Contact medisch specialist afgelopen jaar	39,7	40,2	41,1	41,6	44,2*	41,2
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	7,2	6,6	7,2	7,4	8,6	7,3
Contact fysiotherapeut/oefentherapeut afgelopen jaar	15,8	15,7	15,5	17,6	17,5	16,4
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	4,2	5,7	4,7	7,7*	8,9*	6,2
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	9,7	12,2	11,7	11,8	10,3	11,4
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	5,7	5,2	6,7	6,1	8,1*	6,3
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	47,4	44,6	46,9	48,3	50,6	47,2
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	30,4	34,1*	36,0*	44,4*	43,3*	37,8

percentages zijn ongecorrigeerd.

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk ($p < 0.05$).

De subgroep-analyses voor de tweede vraag zijn respectievelijk uitgevoerd voor mensen die hun gezondheid als matig of slecht beleven en voor mensen met een opleiding lager dan mavo. De tabellen voor de subgroepen staan in *bijlage 10*.

Resultaten

Ongecorrigeerde verschillen in zorggebruik

Uit *tabel 2.8* blijkt dat een groter deel van de autochtone bevolking in de zeer sterk stedelijke gebieden ‘gebruik’ maakt van de huisarts, de medische specialist, psychosociale hulpverleners, thuiszorg en niet-voorgeschreven medicijnen (zelfmedicatie). Het verschil met de niet-stedelijke gebieden is statistisch significant. Het gebruik van de andere zorgvoorzieningen - ziekenhuisopname, fysiotherapie/oefentherapie, andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist en voorgeschreven medicijnen - is in de stedelijke gebieden in het algemeen ook hoger, alhoewel niet statistisch significant.

Verschillen in zorggebruik, gecorrigeerd voor factoren die de zorgbehoefte beïnvloeden

Tabel 2.9 laat zien dat, als we statistisch corrigeren voor factoren die de zorgbehoefte beïnvloeden, het aantal mensen dat in de grote steden naar de *huisarts* gaat, nog steeds (statistisch significant) groter is dan in de minder stedelijke gebieden. Opvallend is dat het aantal mensen dat vaak de huisarts bezoekt (meer dan twee keer in de afgelopen twee maanden) systematisch *lager* is in de stedelijke gebieden, zij het niet statistisch significant. In de stedelijke gebieden hebben dus relatief meer mensen contact gehad met de huisarts, maar tegelijkertijd lijken zij de huisarts dus minder vaak te bezoeken.

Tabel 2.9: Gebruik van zorgvoorzieningen onder de autochtone bevolking naar stedelijkheid (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm, ervaren gezondheid en aanwezigheid chronische aandoeningen.

	Niet stedelijk	Weinig stedelijk	Matig stedelijk	Sterk stedelijk	Zeer sterk stedelijk	Totaal
N	958	2029	1834	1819	1104	7744
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	38,3	42,0	41,2	41,8	44,9*	41,7
>2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	17,0	15,7	14,3	13,8	15,0	15,0
Contact medisch specialist afgelopen jaar	39,7	40,2	41,1	41,6	44,2	41,3
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	7,3	6,7	7,2	7,4	8,6	7,3
Contact fysiotherapeut/oefentherapeut afgelopen jaar	15,9	15,6	15,5	17,6	17,5	16,4
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	4,2	5,6	4,7	7,8*	8,9*	6,2
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	9,6	12,3	11,7	11,9	10,3	11,4
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	5,6	5,2	6,7	6,2	8,2	6,3
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	47,5	44,7	46,9	48,3	50,6	47,3
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	30,5	34,1	36,1	44,4	43,3	37,8

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk (p<0.05).

Bezoek aan *psychosociale hulpverleners* vindt onder de bevolking in de grote steden bijna twee keer zo veel plaats als onder de bevolking in niet stedelijke gebieden, ook als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm en gezondheidstoestand. Ook het gebruik van *vrij verkrijgbare medicijnen* blijft in de grote steden na correctie omvangrijker.

Het gecorrigeerde gebruik van thuiszorg, voorgeschreven medicijnen, het aantal ziekenhuisopnamen en het contact met medisch specialisten, fysiotherapeut/oefentherapeut en andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist verschilt niet naar stedelijkheidsgraad.

Als we in plaats van naar de totale autochtone bevolking specifiek kijken naar twee kwetsbare groepen in de grote steden, namelijk mensen met een lage opleiding en mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid, dan blijken de uitkomsten in grote lijnen dezelfde te zijn. Dat wil zeggen, dat ook onder deze twee subgroepen in de grote steden voor sommige zorgvoorzieningen sprake is van een wat groter zorggebruik dan in de rest van Nederland (*zie bijlage 10*).

Trends in zorggebruik

Om na te gaan of de verschillen in zorggebruik tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden in de loop van de afgelopen jaren veranderd is, is volgens dezelfde methodiek een analyse verricht op gegevens van het Permanente Onderzoek naar de LeefSituatie (POLS) over de periode 1994-1999. Daaruit blijkt dat de gecorrigeerde verschillen in zorggebruik naar stedelijkheidsgraad niet wezenlijk zijn veranderd (*zie tekstblok 2.4*). Dit suggereert dat er in de afgelopen jaren – met de hierboven genoemde beperkingen – geen grote veranderingen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de steden hebben plaatsgevonden in vergelijking met de niet-stedelijke gezondheidszorg.

Conclusie

Samenvatting van de resultaten

Het zorggebruik onder de autochtone bevolking in de meest verstedelijkte gebieden is voor een aantal zorgonderdelen hoger dan elders. Het betreft de huisarts, de medische specialist, psychosociale hulpverleners, thuiszorg en niet-voorgeschreven medicijnen (zelfmedicatie). Ook als er rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidstoestand en sociaal-demografische samenstelling van de bevolking blijkt dat men in stedelijke gebieden vaker contact heeft met de huisarts en de psychosociale hulpverlening en vaker vrij verkrijgbare geneesmiddelen gebruikt dan in de niet-stedelijke gebieden. Ook wordt er meer gebruik gemaakt van de specialist en van thuiszorg, maar dat is niet langer statistisch significant. Opmerkelijk is verder dat het aantal personen dat meer dan twee contacten met de huisarts heeft, in de stedelijke gebieden juist lager is in vergelijking met de minder stedelijke gebieden. Wat betreft de andere voorzieningen lijken er nauwelijks verschillen in zorggebruik te zijn binnen de autochtone bevolking naar stedelijkheidsgraad als we rekening houden met de zorg-

Tekstblok 2.4: Is de toegankelijkheid van zorg in de grote steden slechter geworden in de loop der jaren in vergelijking met de rest van Nederland?

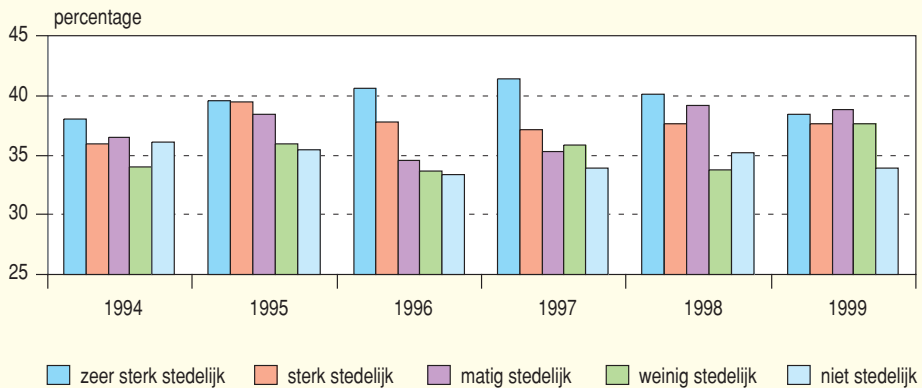
T. van Batenburg, R.A. Verheij

De analyses in *paragraaf 2.5.1* laten zien dat het gebruik van zorg bij een gegeven behoefte aan zorg in de grote steden niet kleiner is dan elders. Deze uitkomst geeft geen aanleiding te veronderstellen dat er een gebrekkige toegang tot zorg is in de grote steden. Toch is er een algemeen gevoel in de samenleving dat dat wel zo is. Dit gevoel zou kunnen voortkomen uit een negatieve ontwikkeling in de tijd. De toegang tot zorg zou in het verleden beter geweest kunnen zijn. Met behulp van gegevens uit het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS hebben we na kunnen gaan op welke wijze de verschillen tussen de steden en de rest van Nederland zich hebben ontwikkeld in de tijd.

Net zoals in *paragraaf 2.5.1* gaat het dan weer om verschillen in het gebruik van zorg, rekening houdend met verschillen in de samenstelling van de bevolking, in dit geval naar leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheidstoestand. De analyse-techniek is nagenoeg gelijk aan die is toegepast

in *paragraaf 2.5.1*. De analyses zijn nu alleen toegepast op elk van de jaren 1994-1999. Om na te gaan of er systematische veranderingen waren in de verschillen tussen steden en overige gebieden, is als extra een interactieterm in de analyses opgenomen (tussen jaar en stedelijkheid).

Op deze manier is voor huisartsenzorg, fysiotherapie, thuiszorg, medisch specialist, voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen, ziekenhuisopnamen en tandartsen nagegaan of de verschillen in gebruik tussen steden en de rest van Nederland in de periode 1994-1999 systematisch veranderde. In geen van de analyses bleek dit het geval. *Figuur 2.10* illustreert dit voor de huisartsenzorg. Weliswaar neemt het verschil in het percentage mensen dat de huisarts bezoekt tussen de zeer sterk stedelijke gebieden en de andere gebieden in de eerste jaren toe (tot 1996-97) maar daarna nemen ze weer af zodat in 1999 de verschillen weer in grote lijnen gelijk zijn aan die in 1994.



Figuur 2.10: Percentage van de bevolking dat in de afgelopen 2 maanden de huisarts bezocht, naar stedelijkheid, 1994-1999 (Bron: CBS).

behoefte. Dit geldt ook als we specifiek kijken naar twee specifieke subgroepen: mensen met een lage opleiding en mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid.

Toegankelijkheid van de zorg

Zoals in *paragraaf 2.1* besproken is, zijn verschillen in zorggebruik tussen groepen in de samenleving met een vergelijkbare zorgvraag een indicatie voor het bestaan van een toegankelijkheidsprobleem. Met inachtneming van de bovengenoemde beperkingen concluderen we dat er in deze analyse wat betreft de autochtone bevolking die ingeschreven staat bij een huisarts, geen aanwijzingen zijn gevonden voor het

bestaan van een toegankelijkheidsprobleem van één van de onderzochte voorzieningen. Mogelijk zou de lagere frequentie van contact met de huisarts in de stedelijke gebieden kunnen wijzen op een verminderde beschikbaarheid van de huisartsenzorg voor vervolgsconsulten.

Deze conclusie is grotendeels in overeenstemming met eerder onderzoek. Op grond van gegevens uit 1989 concludeerde Verheij (1999) dat het gebruik van huisartsenzorg, de medisch specialist, GGZ en fysiotherapie in de grote steden omvangrijker is dan verwacht zou mogen worden op grond van gezondheids- en sociaal-demografische kenmerken. De trendgegevens van het CBS duiden niet op grote veranderingen in de tijd. Er is echter één opvallend punt, dat nader onderzoek verdient. In de studie van Verheij werd namelijk geconstateerd dat het gebruik van thuiszorg in 1989 juist lager was in de grote steden. Wij vonden nu geen verschil meer. Mogelijk is op het punt van de thuiszorg de achterstand in toegankelijkheid in de grote steden ten opzichte van de rest van Nederland in de afgelopen jaren verminderd.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst zijn de analyses beperkt tot de vraag of er aanwijzingen zijn voor een toegankelijkheidsprobleem door te kijken of mensen met een vergelijkbare zorgbehoefte al dan niet gebruik hebben gemaakt van zorg. Alleen bij bezoek aan de huisarts is tevens gekeken naar de frequentie van het bezoek. Andere aspecten van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld wachttijden of de adequaatheid van de zorg, zijn niet in het onderzoek betrokken. Elders in dit rapport wordt wel aandacht besteed aan de wachtlijstproblematiek en de kwaliteit van de zorg. Daarnaast hebben de resultaten alleen betrekking op personen die ingeschreven staan bij een huisarts. Mogelijke toegankelijkheidsproblemen als gevolg van het niet kunnen vinden van een huisarts vallen dus buiten het bestek van dit onderzoek. Hier ligt wel een belangrijk aandachtsgebied voor toekomstig onderzoek, aangezien recente berichten in de media wijzen in de richting van een verwacht huisartsenkort in de grote steden (Pana, 2002). Verder hebben de analyses slechts betrekking op de autochtone bevolking van 18 jaar en ouder. Het is niet uitgesloten dat de situatie anders is onder jongere leeftijdsgroepen en onder de allochtone bevolking.

2.5.2 Hoe is dat onder de allochtone bevolking?

Het zorggebruik van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen vertoont voor de meeste zorgvoorzieningen een andere patroon dan in de autochtone bevolking. Zij bezoeken vaker de huisarts. Maar met name Turken en Marokkanen maken minder gebruik van fysiotherapie, thuiszorg en andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist. Bovendien maken zij minder gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen en worden zij minder vaak opgenomen in het ziekenhuis.

Deze bevindingen, ontleent aan de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, bevestigen het beeld uit andere studies en kunnen duiden op een geringere toegankelijkheid van enkele typen zorg. Maar in tegenstelling tot andere studies vindt de Tweede Nationale Studie onder Turken en Marokkanen een gelijk of hoger gebruik van de medisch specialist en van psychosociale hulpverleners en een lager gebruik van medicijnen op recept in vergelijking met de autochtone bevolking.

In deze paragraaf stellen we twee vragen:

1. Gebruiken allochtone bewoners van de grote steden meer of minder zorg dan de autochtone bevolking en welke onderdelen van de zorg betreft dat dan?
2. Worden deze verschillen verklaard door de andere (deels slechtere) gezondheids-toestand van de allochtone bevolking en door het feit dat deze sociaal-economisch en demografisch anders van samenstelling is?

We zullen op dezelfde manier als in *paragraaf 2.5.1* conclusies trekken over de staat van de toegankelijkheid van zorg voor allochtonen vergeleken met autochtonen. Deze paragraaf beperkt zich tot Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Ondanks de toename van ‘nieuwe’ groepen allochtonen vormen zij namelijk nog steeds de vier grootste etnische groepen in de steden. Evenals in *paragraaf 2.5.1* wordt door middel van subgroepanalyses apart aandacht besteed aan mensen met een matige of slechte ervaren gezondheid en mensen met een lage opleiding.

Methode

Evenals in *paragraaf 2.5.1* zijn de analyses in deze paragraaf uitgevoerd op materiaal van de Tweede Nationale Studie. Daarbinnen vonden gezondheidsenquêtes plaats onder de autochtone en de allochtone bevolking. De vragenlijst onder de allochtone bevolking werd waar nodig steeds in de eigen taal afgenomen. Het onderzoek onder autochtonen vond plaats in 2000/2001, die onder allochtonen in 2002. Gegevens over methode, steekproef en dergelijke staan in *tekstblok 2.5*. Ook de analysemethode is gelijk aan die in *paragraaf 2.5.1*. Het gebruik van zorg van de verschillende bevolkingsgroepen wordt met elkaar vergeleken, waarbij wij statistisch corrigeren voor verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm en gezondheidstoestand (ervaren gezondheid, aanwezigheid van chronische aandoeningen) als indicatie voor eventuele verschillen in zorgbehoefte. De tabellen voor de subgroepanalyses staan in *bijlage 10*.

Textblok 2.5: Onderzoeksmateriaal en methode gebruikt in de alloctonenenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk

Hieronder gaan we in op een aantal specifieke methodologische kenmerken van de alloctonenenquête. Meer algemene informatie over de gezondheidsenquête in de Tweede Nationale Studie vindt u in *tekstblok 2.3* (o.a. steekproeftrekking, enquête, variabelen).

Steekproefomvang en samenstelling alloctonenenquête: Het overgrote deel van de 12.699 respondenten van de gezondheidsenquête van de Tweede Nationale Studie voor Nederlandstaligen bestond uit autochtonen, 2,6 % bleek een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond te hebben. Etniciteit werd vastgesteld volgens criteria van het CBS (CBS, 2002). Naast de bovengenoemde enquête is aanvullend een enquête gehouden onder 1.385 volwassen alloctononen met een Turkse, Surinaamse, Antilliaanse of Marokkaanse achtergrond. Indien noodzakelijk werd deze enquête afgenomen in de eigen landstaal. In de analyses zijn de volwassen respondenten uit de eerstgenoemde enquête samengevoegd met de 1.385 alloctononen uit de laatstgenoemde enquête.

Tabel 2.12 laat de verdeling van de respondenten zien naar leeftijd en geslacht.

Tabel 2.12: Respondenten naar leeftijd en geslacht (%).

	Autochtonen	Surinamers	Marokkanen	Turken	Antillianen	Totaal
N	7792	394	402	442	228	9258
geslacht						
man	44,9	28,2	48,3	47,3	34,2	44,2
vrouw	55,1	71,8	51,7	52,7	65,8	55,8
leeftijd						
18-35 jaar	20,6	25,4	50,1	53,6	45,6	24,3
35-55 jaar	43,3	53,3	40,0	35,3	38,2	43,1
>55 jaar	36,1	21,3	9,7	11,1	16,2	32,7

Representativiteit: In de enquête onder de alloctononen was de respons 49,7%. De non-respons was evenredig verdeeld over de vier etnische groepen. Non-respons analyse liet zien dat leeftijd en geslacht van de respondenten in het algemeen niet afwijken van de landelijke percentages per etnische groep (cijfers CBS, 2002). Alleen bij de Surinaamse respondenten zijn de vrouwen en de ouderen oververtegenwoordigd. Onder de Antilliaanse respondenten heeft een kleine verschuiving in dezelfde richting plaats gevonden. Ongeveer de helft van de non-respons bij de enquête onder alloctononen had te maken met het feit dat men niet bereikt kon worden. Ongeveer één derde van de non-respons bestond uit weigeraars.

Selecties: Vanwege de grote samenhang tussen stedelijkheid en het deel uitmaken van een alloctone bevolkingsgroep, 83,9 % is woonachtig in een (zeer) sterk stedelijk gebied, zijn alleen alloctononen en autochtonen die woonachtig zijn in (zeer) sterk stedelijke gebieden meegenomen in de analyses. De analyses beperken zich verder tot de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder.

Resultaten

Ongecorrigeerde verschillen in zorggebruik

Uit *tabel 2.10* blijkt dat de vier onderscheiden groepen alloctononen in het algemeen méér dan de autoctone bevolking in de grote steden gebruikmaken van de huisarts en de medisch specialist, maar juist minder gebruik maken van thuiszorg (Marokkanen en Turken), medicijnen (zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven) en andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist.

Tabel 2.10: Gebruik van zorgvoorzieningen per etnische groep in de stedelijke gebieden (%)

	Autochtonen	Surinamers	Marokkanen	Turken	Antillianen	Totaal
N	2933	358	320	376	176	4163
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	43,0	52,9*	45,8	51,7*	47,2	45,0
>2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	15,8	26,7*	27,5*	28,9*	25,6*	19,2
Contact medisch specialist afgelopen jaar	42,6	53,9*	44,7	56,1*	64,1*	45,9
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	7,8	7,3	6,3	6,7	9,7	7,7
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	17,6	20,9	12,8*	13,6	12,5	16,9
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	8,2	10,2	10,1	10,9	14,4*	9,0
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	11,3	5,4*	3,5*	4,3*	6,8	9,3
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	6,9	5,0	2,5*	3,2*	7,4	6,1
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	49,2	52,4	36,5*	37,8*	42,6	47,2
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	44,0	38,2*	30,0*	31,7*	42,0	41,2

percentages zijn ongecorrigeerd.

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk ($p < 0.05$).

Gecorrigeerde verschillen in zorggebruik

Tabel 2.11 toont de verschillen in zorggebruik tussen de vier allochtone groepen en de autochtone bevolking wanneer rekening wordt gehouden met onderlinge verschillen in sociaal-demografische kenmerken en gezondheidstoestand.

Tabel 2.11: Gebruik van zorgvoorzieningen per etnische groep in de stedelijke gebieden (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en verzekeringsvorm.

	Autochtonen	Surinamers	Marokkanen	Turken	Antillianen	Totaal
N	2923	352	315	376	173	4139
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	43,0	52,9*	45,3	51,7*	46,8	45,0
>2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	14,1	23,3*	23,0	24,7*	22,6	16,9
Contact medisch specialist afgelopen jaar	42,6	53,1*	43,7	55,5*	62,9*	45,6
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	7,9	7,4	6,4	6,7	9,3	7,7
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	17,6	20,7	12,7*	13,6*	12,7*	16,9
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	8,2	10,2	10,2*	10,9	14,5	9,0
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	11,3	5,4*	3,5*	4,3*	6,9*	9,4
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	6,9	5,1	1,9	3,2	7,5	6,1
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	49,2	51,9	36,0*	37,8	42,8	47,1
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	44,0	38,1*	30,1*	31,6*	41,6*	41,2

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk ($p < 0.05$).

Onder alle vier allochtone groepen is het aantal mensen dat in de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met de *huisarts* opnieuw groter dan onder de autochtone bevolking. Echter dit verschil is alleen onder Surinamers en Turken significant. Er is niet alleen gekeken naar het aantal personen dat de huisarts heeft bezocht, maar ook of men meer dan twee contacten met de huisarts heeft gehad in de afgelopen twee maanden. Ook dit percentage blijkt na correctie onder de allochtone groepen groter te zijn dan onder de autochtone bevolking. Dit betekent dat er relatief meer mensen uit één van de vier allochtone groepen contact hebben gehad met de huisarts en dat deze mensen daarnaast ook relatief vaker contact hebben gehad met de huisarts. Met name onder Surinamers en Turken wordt dit verband gevonden.

Met uitzondering van Marokkanen hebben de allochtone groepen meer contact gehad met een *medisch specialist* dan de autochtone bevolking, ook als rekening wordt gehouden met de al genoemde onderlinge verschillen.

Het aantal *ziekenhuisopnames* onder allochtonen verschilt in het algemeen niet statistisch significant van dat van autochtonen, als rekening wordt gehouden met de al genoemde verschillen. Toch is het opvallend dat het gebruikspatroon vooral onder Turken en Marokkanen lager ligt dan onder autochtonen. Hetzelfde wordt gevonden voor de *thuiszorg*.

Het voor zorgbehoefte gecorrigeerde gebruik van *fysiotherapie of oefentherapie* is over het algemeen (significant) lager onder allochtonen dan onder de autochtone bevolking. Surinamers zijn met een hoger gebruik een uitzondering op deze regel.

Het percentage gebruikers van *psychosociale hulpverleners* ligt, na correctie, voor alle groepen allochtonen hoger dan voor de autochtone bevolking. Alleen voor Marokkanen is dit verschil ook statistisch significant. In de enquête zijn alle verschillende soorten psychosociale hulpverleners samengevoegd. Daardoor wordt niet duidelijk welke psychosociale hulpverleners het meest en welke het minst toegankelijk zijn voor de allochtone bevolkingsgroepen.

Na correctie is het percentage gebruikers van *andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist*, onder alle groepen allochtonen significant kleiner dan onder autochtonen.

In het algemeen is in de Tweede Nationale Studie het *medicijngebruik* van middelen die op recept verkrijgbaar zijn, na correctie, lager onder allochtonen, uitgezonderd onder Surinamers. Met name Marokkanen gebruiken significant minder voorgeschreven medicijnen dan de autochtone bevolking. Ook het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen is, na correctie, (significant) lager onder de vier allochtone groepen.

Als we binnen de allochtone bevolking in de grote steden specifiek kijken naar twee kwetsbare groepen, namelijk allochtonen met een lage opleiding en allochtonen met een slechte of matige ervaren gezondheid, dan blijken de gecorrigeerde analyses in

grote lijnen dezelfde uitkomsten op te leveren. Het aantal statistisch significante uitkomsten neemt wel iets af, en er is één afwijkend resultaat: onder Marokkanen met een slechte of matige ervaren gezondheid of met een lage opleiding is het contact met de medisch specialist juist lager dan onder de autochtone bevolking, terwijl het in de gehele groep Marokkanen daaraan gelijk was (*bijlage 10*).

Conclusie

Toegankelijkheid van de zorg

Het zorggebruik van de vier groepen allochtonen in de (zeer) stedelijke gebieden blijkt voor de meeste voorzieningen te verschillen van de autochtone bevolking, ook als we rekening houden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm en gezondheidstoestand (ervaren gezondheid, aanwezigheid van chronische aandoeningen) tussen deze groepen. Allochtonen maken soms meer gebruik van bepaalde zorgvoorzieningen dan de autochtone bevolking, soms minder. Ook onderling verschillen de vier groepen in zorggebruik.

Wat betreft de huisarts en de medisch specialist bevatten de gegevens, behalve misschien voor Marokkanen, géén aanwijzingen voor een toegankelijkheidsprobleem. Gecorrigeerd voor demografische, sociaal-economische en gezondheidsverschillen maken de andere drie groepen allochtonen in gelijke of zelfs hogere mate gebruik van deze zorg. Dit geldt ook als we apart kijken naar allochtonen met een lage opleiding of een matige tot slechte ervaren gezondheid.

Het lagere gebruik van medicijnen, fysiotherapie/ oefentherapie, andere hulpverleners, zoals een homeopaat of acupuncturist, onder allochtonen zou kunnen wijzen in de richting van een toegankelijkheidsprobleem van deze voorzieningen voor (bepaalde groepen) allochtonen. Wat precies de achterliggende redenen zijn van het lagere gebruik van deze voorzieningen moet nader onderzoek uitwijzen.

Met betrekking tot ziekenhuisopnamen en thuiszorg is het moeilijker om een conclusie te formuleren, omdat het hier om relatief kleine percentages gaat van mensen die gebruik hebben gemaakt van deze voorzieningen. Wat betreft ziekenhuisopname lijken vooral allochtonen met een slechte tot matige ervaren gezondheid of met een lage opleiding achter te blijven bij de autochtone bevolking. Dit laatste geldt met name voor Turken en Marokkanen. Antillianen laten in tegenstelling tot de drie andere groepen een ander patroon zien. Alhoewel niet significant, lijkt het aantal opnamen in deze groep hoger te liggen dan onder autochtonen.

Daarnaast blijven de percentages van het gebruik van thuiszorg onder allochtonen achter bij de percentages onder autochtonen. Evenals bij het aantal ziekenhuisopnamen lijkt dit met name te gelden voor Turken en Marokkanen.

Vergelijking met ander onderzoek

Ook in ander onderzoek wordt in het algemeen een hoger gebruik van de huisartszorg onder allochtonen gevonden (Stronks et al., 2001; Weide & Foets, 1998; Reijneveld, 1998; Dijkshoorn et al., 2000; Martens, 1999). Alleen het onderzoek van Weide & Foets (1998) vindt, evenals in ons onderzoek, een minder eenduidig patroon onder Marokkanen. Over het gebruik van de specialist zijn minder gegevens uit ander onderzoek beschikbaar. Deze wijzen in tegenstelling tot ons onderzoek juist op een lager gebruik van de specialist (Stronks et al., 2001; Reijneveld, 1998). Met betrekking tot ziekenhuisopnames worden de resultaten in ander onderzoek bevestigd (Stronks et al., 2001).

Het patroon van een hogere mate van contact met psychosociale hulpverleners onder de vier allochtone groepen lijkt niet af te wijken van gegevens uit de (weinige) andere studies naar het gebruik van GGZ-voorzieningen door allochtonen. In het algemeen blijft het zorggebruik van alle groepen allochtonen landelijk gezien weliswaar achter bij dat van de autochtone bevolking, maar het gebruik van GGZ-voorzieningen is regio-afhankelijk. Grote steden verschillen bijvoorbeeld van de rest van Nederland. Zo lijkt binnen de randstad een oververtegenwoordiging van migranten in de ambulante GGZ te bestaan, buiten de Randstad daarentegen juist een ondervetegenwoordiging (Knipscheer et al., 1998). Dit bevestigt het patroon dat onze resultaten laten zien, aangezien deze betrekking hebben op het gebruik van de eerstelijns en ambulante GGZ door inwoners van (zeer sterk) stedelijke gebieden.

Bij het berekenen van de mate van contact met psychosociale hulpverleners in deze paragraaf is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van hulpverlening. Dit zal in toekomstige analyses wel aan de orde komen. Daarbij zal de aandacht ook gericht zijn op de verschillen tussen etnische groepen voor elk van die verschillende vormen van hulpverlening. Op basis van resultaten van ander onderzoek lijkt de toegankelijkheid van bijvoorbeeld de ambulante GGZ te verschillen per etnische groep, deze zou beter zijn voor Turken en Marokkanen dan voor Antillianen en Surinamers (Polikar et al., 2000; Boomstra et al., 2001).

Wat betreft fysiotherapie/oefentherapie worden onze bevindingen ondersteund door onderzoek van Stronks et al. (2001). Ook in dat onderzoek wordt gevonden dat, behalve Surinamers, allochtonen minder gebruik maken van deze zorg. Opvallend is dat aangaande het medicijngebruik in andere studies juist vaak een hoger gebruik van voorgeschreven medicijnen onder allochtonen wordt gevonden (Stronks et al., 2001; Reijneveld, 1998; Weide & Foets, 1997). Ook hier lijkt nader onderzoek geboden naar de achtergronden van dit verschil in onderzoeksresultaten. De resultaten van ons onderzoek wat betreft niet-voorgeschreven medicijnen komen daarentegen wel overeen met het eerder onderzoek (Weide & Foets, 1997).

Hoewel landelijke cijfers over het gebruik van thuiszorg onder allochtonen ontbreken, wordt ook in diverse lokale onderzoeken een lager gebruik van de thuiszorg gerapporteerd (De Veer et al., 2001).

De resultaten uit onze landelijke studie komen op sommige punten dus niet geheel overeen met de resultaten van een vergelijkbare studie naar het zorggebruik onder allochtonen in Amsterdam (Stronks et al., 2001; Reijneveld, 1998). Met name wat betreft het contact met de medisch specialist en het gebruik van voorgeschreven medicatie vertoont ons onderzoek een ander patroon. Een deel van de verschillen zou terug te voeren kunnen zijn op methodologische verschillen in de opzet van beide studies. Zo zijn in onze studie respondenten via de huisarts geselecteerd en benaderd, in de andere studie werden mensen op basis van de gemeentelijke inwoneradministratie (GBA) geselecteerd. Onze data zijn verkregen middels interviews, de data van de andere studie daarentegen gedeeltelijk uit de administratie van een ziektekostenverzekeraar. Daarnaast zijn onze gegevens grotendeels verzameld in 2002, de data van de andere studie in 1992 en 1993. Onze onderzoekspopulatie is ouder en omvat naast de eerste generatie allochtonen ook tweede generatie allochtonen. Tenslotte omvat onze studie respondenten uit het hele land en niet alleen uit Amsterdam.

Beperkingen van het onderzoek

Naast de beperkingen die in de voorgaande subparagraaf genoemd zijn, kan een aantal kanttekeningen geplaatst worden bij de resultaten in deze paragraaf. Allereerst is beoogd om een beschrijving te geven van het *zorggebruik* van allochtonen in de grote steden. De resultaten hebben geen betrekking op de inhoud en kwaliteit van zorg. Hierover zijn in Nederland nog maar weinig studies verricht. Recent Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat de kwaliteit van zorg voor minderheden (Afro-Amerikanen, Hispanics) minder goed is dan voor autochtonen (Smedley et al., 2002). Ook in een Nederlands overzichtsartikel over de multiculturele huisartspraktijk wordt deze conclusie getrokken: communicatieproblemen blijken een veelvoorkomend probleem te zijn, resulterend in bijvoorbeeld een verminderde effectiviteit van de huisartsenzorg (Bruijnzeels, 2001).

Verder hebben de resultaten alleen betrekking op de vier grootste groepen allochtonen die in Nederland woonachtig zijn in de grote steden en bovendien alleen op de groep allochtonen die zich legaal in Nederland bevindt. Er is niet ingegaan op de heterogeniteit die binnen de vier allochtone groepen bestaat. Toekomstige analyses zullen aan dit punt aandacht besteden.

De vragenlijst is weliswaar, indien noodzakelijk, in de eigen taal bij de respondenten afgenomen. Toch is niet uit te sluiten dat met name allochtonen aan het onderzoek hebben meegedaan die goed geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving, waardoor de resultaten zijn beïnvloed in de zin van een mogelijke onderschatting van een toegankelijkheidsprobleem.

Om meer zicht te krijgen op het feit in hoeverre mogelijke respons bias in onze resultaten een rol speelt zal er nog een vergelijking gemaakt worden met de registratiegegevens van de huisartsen van de geënkquêteerde patiënten. Interessant hierbij is om onze resultaten te vergelijken met de resultaten van de andere studie (Reijneveld & Stronks, 1999; Reijneveld, 2000). Daarin werd gevonden dat het zorggebruik dat

patiënten in de enquête rapporteerden, neigt naar een overschatting in vergelijking met registratiegegevens van de ziektekostenverzekeraar.

2.6 Sluit het zorgaanbod in de grote steden aan bij de verwachtingen van de allochtone bevolking?

S.F.M. van Wersch, J.W.M.J. van Poppel

Allochtone patiënten en zorgverleners in de grote steden ervaren aanzienlijke knelpunten in de zorg voor niet-westers allochtonen. Onbekendheid met het zorgaanbod, taalproblemen en culturele verschillen in verwachtingen liggen hieraan mede ten grondslag. Misverstanden en gebrekkige zorg kunnen het gevolg zijn.

Eerder in dit hoofdstuk is ingegaan op de gezondheidstoestand (*paragraaf 2.2*) en het zorggebruik van de niet-westerse allochtonen in de grote steden (*paragraaf 2.5.2*). In deze paragraaf gaan we in op de volgende vragen:

1. In hoeverre sluit op dit moment het zorgaanbod in de grote steden aan bij de wensen en verwachtingen van de allochtone bevolking?
2. Welke ervaringen hebben allochtone patiënten en zorgverleners en waar liggen (mogelijke) knelpunten?

Op basis van literatuuronderzoek worden kennis, wensen, verwachtingen en ervaringen met de zorgbeschreven vanuit het perspectief van de patiënt en van de zorgverleners. We beperken ons daarbij tot de niet-westers allochtonen, afkomstig uit Afrika, Azië, Latijns-Amerika en Turkije. We trachten algemene uitspraken te doen over deze groepen. Daardoor wordt voorbijgegaan aan eventuele verschillen daarbinnen naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, regio van herkomst, etnische groep of duur van verblijf in Nederland. Binnen het korte en schematische bestek van deze paragraaf is die detaillering niet mogelijk.

We gaan in op de volgende eerstelijnsvoorzieningen: huisarts, thuiszorg, kraamzorg, ouder- en kindzorg (consultatiebureau) en de ambulante GGZ en op de verstrekking van medicijnen (door apotheken). Een aantal andere eerstelijnsvoorzieningen, zoals tandheelkundige zorg, verloskundige zorg en het algemeen maatschappelijk werk komt niet aan bod. Er is wel naar literatuur hierover gezocht, maar er zijn geen studies over verwachtingen van allochtonen ten aanzien van deze zorgsoorten gevonden.

Methodie

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden is een literatuurstudie verricht. In Nederlandse universiteits- en instituutbibliotheken, in databestanden zoals het NIWI, GLIN, PUBMED en via internet is gezocht naar publicaties vanaf 1996 met betrekking tot zorg aan allochtonen in Nederland. Dit is gedaan aan de hand van

zoektermen zoals: allochtonen, zorgvraag, verwachtingen, eerstelijnsvoorzieningen, zorgverleners, en specificaties van allochtone groepen zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en andere herkomstlanden, en specificaties van zorgvoorzieningen zoals huisarts, thuiszorg, kraamzorg en andere zorgsoorten.

Alle resulterende publicaties zijn gescoord op een aantal kenmerken: de onderzochte etnische groep(en), de onderzochte leeftijdsgroep, de methode van onderzoek, typing van de onderzoeksgroep, het aantal onderzochte allochtone personen (naar herkomstland), de onderzochte zorgsoort, de aanwezigheid van uitspraken over verwachtingen en ervaringen, en de plaats van het onderzoek (welke gemeenten). Vervolgens is voor elk afzonderlijk onderzoek nagegaan welke positieve en negatieve inhoudelijke bevindingen werden gerapporteerd over verwachtingen, wensen en ervaringen.

Er zijn zeven overzichtspublicaties en ruim veertig andere publicaties gevonden met meer dan dertig verschillende onderzoeken. De meeste publicaties zijn gebaseerd op kleinschalig en kwalitatief onderzoek (minder dan honderd allochtone patiënten). In zeven studies waren meer dan vijfhonderd allochtone patiënten betrokken. De meeste onderzoeken zijn in grote steden uitgevoerd: Amsterdam (12), Rotterdam (6), Den Haag (4) en Utrecht (4). In de studies die landelijk zijn uitgevoerd, zijn de meeste respondenten waarschijnlijk afkomstig uit steden, omdat daar de meeste allochtonen wonen. In het merendeel van de publicaties gaat het om Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen/Arubanen. In acht studies waren ook vergelijkingsgroepen van autochtonen meegenomen. Veertien publicaties handelden (onder andere) over de huisartsenzorg, tien over de thuiszorg, vijf over de kraamzorg, twee over ouder- en kindzorg, drie over de GGZ, negen over medicijngebruik en negen over de gezondheidszorg in het algemeen. In negen studies waren (ook) zorgverleners betrokken. Vijfentwintig publicaties gingen expliciet in op verwachtingen en wensen van allochtone patiënten over de zorg. Vijf publicaties die dat niet deden, noemden in dit opzicht wel knelpunten.

Resultaten

Ervaren knelpunten

Bijlage 11 toont de belangrijkste uitkomsten per zorgsoort. De huisartsenzorg en het consultatiebureau blijken in het algemeen goed bekend onder allochtonen. Maar met name voor de thuiszorg en kraamzorg en in mindere mate voor de GGZ geldt dat veel allochtonen niet weten bij welke zorgvoorziening zij moeten zijn wanneer ze bepaalde gezondheidsproblemen hebben of hoe zij deze moeten benaderen. Men heeft ook weinig informatie over wat de voorzieningen te bieden hebben en welke kosten daarmee zijn gemoeid. Dit resulteert in een aantal gevallen in een lager gebruik dan op basis van zorgbehoefte verwacht zou kunnen worden (zie ook *paragraaf 2.5.2*). Bij het gebruik van thuiszorg en kraamzorg ervaren allochtonen de formele procedures voor het aanvragen ervan als een belemmering. Het te laat aanmelden voor deze zorg leidt ertoe dat men de zorg niet ontvangt wanneer men deze nodig heeft. In het contact

met zorgverleners in de eerste lijn, vooral de huisarts en de GGZ, voelen allochtonen zich vaker onbegrepen of niet serieus genomen dan autochtone patiënten. Daarnaast spelen taal-, communicatie- en cultuurproblemen een rol.

Toch valt op te maken dat aanzienlijke groepen allochtonen ook positieve ervaringen hebben met bepaalde eerstelijnsvoorzieningen. Zowel uit de onderzoeken van El Fakiri et al. (1999), De Veer et al. (2001), als van Korfker et al. (2002) komt naar voren dat de meeste allochtone vrouwen die uiteindelijk kraamzorg kregen, zeer tevreden waren. Slechts 5% gaf in het onderzoek van Korfker et al. (2002) aan ontevreden te zijn. Ruim 80% zei indien nodig weer een beroep te doen op de kraamzorg. Ook over de ervaringen met de huisarts blijkt een meerderheid van de allochtone cliënten positief (Lindert et al., 2000; Bleeker & Relick, 1998). Uit het onderzoek van Kulu-Glasgow (2000) blijkt verder dat allochtone ouderen positiever staan tegenover influenza-vaccinatie dan autochtone ouderen.

Niet alleen allochtone zorgvragers ervaren communicatieproblemen. Ook de zorgverleners herkennen deze problemen. Dat komt tot uitdrukking in het feit dat de zorgverlening aan allochtonen door hen in het algemeen als belastend wordt ervaren. *Tekstblok 2.6* is illustratief voor de huisartsenzorg, maar dergelijke ervaringen worden ook door andere zorgverleners in de eerstelijns gemeld.

Tekstblok 2.6: Aanzienlijke communicatieproblemen tussen allochtone patiënten en huisartsen

In een recent onderzoek van de Amsterdamse GG&GD onder zestien Amsterdamse huisartsen in achterstandswijken rapporteerden de huisartsen in 60% van de 900 onderzochte patiëntcontacten met Turkse en Marokkaanse patiënten een communicatieprobleem. In een kwart van deze gevallen (24%) werd dit als zeer ernstig ervaren. Dat percentage lag hoger bij patiënten ouder dan 35 jaar. Als er een communicatieprobleem was, vond de huisarts het contact vaker emotioneel belastend, duurde het consult vaak langer dan 10 minuten en beoordeelde de huisarts de vraag vaker als onduidelijk of oneigenlijk (Gerits et al., 2001).

In een onderzoek in Rotterdam in 38 huisartspraktijken namen onderzoekers van de Erasmus Universiteit 1400 consulten van allochtone en autochtone patiënten en hun huisarts op video op. De allochtone groep bestond uit Turkse,

Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Kaap-Verdische patiënten. Na afloop stelden de onderzoekers vragen aan patiënt en arts of ze elkaar wel begrepen. Dat bleek onder allochtone patiënten vaker niet het geval, vooral als de cultuurverschillen groter bleken. Verder bleek dat hoe groter het onbegrip is, hoe kleiner de kans dat de patiënt de adviezen van de dokter opvolgt. Over het algemeen was de tevredenheid over het consult en de therapietrouw onder de allochtone patiënten overigens niet erg veel lager dan onder de autochtone patiënten. De interventie die bedoeld was om de communicatie te verbeteren was zowel op de patiënt als op de huisarts gericht en leverde lichte verbeteringen op, onder andere in het wederzijds begrijpen van elkaar en de therapietrouw (NRC, 2002; Harmsen & Bruijnzeels, 2002).

Mogelijke gevolgen van de ervaren knelpunten

Communicatieproblemen door taal- en cultuurverschillen en te weinig rekening houden met de culturele context van cliënten zijn de belangrijkste bronnen van veel misverstanden in de relatie tussen hulpverlener en allochtone hulpvrager en kunnen gevolgen hebben voor de effectiviteit van de gekozen behandelwijze (Medisch Contact, 1998; RVZ, 2000; Thomas et al., 1999). Er is daarom behoefte om bijvoorbeeld in de behandelprotocollen van huisartsen meer rekening te houden met etnische verschillen. Communicatieproblemen kunnen ook een nadelige invloed hebben op de therapietrouw (Harmsen & Bruijnzeels, 2002). Verder komen er schrijnende situaties voor wanneer allochtone kinderen niet voor hun ouders willen of kunnen zorgen zoals in hun cultuur verwacht wordt en de zorgbehoefte ouders geen professionele hulp zoeken (Abraham, 1996; Nelissen & Morée, 2001; Tesser et al., 1998; Yerden, 2000).

Communicatieve en culturele belemmeringen bij medische consulten kunnen niet alleen tot minder adequate zorg, maar ook tot slechtere zorguitkomsten voor minderheidsgroepen leiden (Smedley et al. 2002, zie *tekstblok 2.7*). Het Nederlandse onderzoek hiernaar staat echter nog in de kinderschoenen. In het algemeen wordt wellicht verondersteld dat de gevolgen voor de medische behandeling en de resultaten daarvan in Nederland geringer zijn dan in de VS. Het Nederlandse onderzoek duidt er echter op dat ook in Nederland wel degelijk van kwaliteitsverlies voor minderheidsgroepen sprake kan zijn en dat dit verlies in klinisch en sociaal opzicht zeer relevant kan zijn (Harmsen & Bruijnzeels, 2002; Yerden, 2000).

Tekstblok 2.7 : Ongelijke medische behandeling van minderheden in de VS

Minderheden in de VS - Afro-Amerikanen en migranten uit Midden- en Zuid-Amerika (Hispanics) - krijgen gemiddeld een minder goede gezondheidszorg dan blanken, zelfs wanneer zij even goed verzekerd zijn, een even hoog inkomen hebben en de ernst van hun ziekte of aandoening hetzelfde is. Deze verschillen in behandeling kunnen gedeeltelijk bijdragen aan de hogere sterftecijfers onder minderheidsgroepen.

Minderheden in de VS krijgen gemiddeld minder vaak geschikte, kwalitatief goede medicijnen voor hartkwalen en ondergaan minder vaak een dotterbehandeling (13-20%) of een bypass-operatie (32-50%). Ze krijgen gemiddeld minder vaak nierdialyse of een niertransplantatie en minder vaak geschikte diagnostische tests en behandeling voor kanker. Ook krijgen zij minder vaak de nieuwste en meest vernuftige behandeling bij HIV-infecties, zoals antiretrovirale medicijnen die het moment dat de HIV-infectie overgaat in AIDS kunnen uitstellen. Ze krijgen minder vaak geneesmiddelen om chronische symptomen van astma

zo goed mogelijk op te vangen. Kinderen uit minderheidsgroepen krijgen minder vaak medicijnen op voorschrift. Afro-Amerikanen worden vaker als psychotisch gedefinieerd, maar krijgen minder vaak medicijnen daarvoor; wel worden ze vaker tegen hun wil in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen, als potentieel gewelddadig beschouwd en vaker in isoleercellen geplaatst.

Minderheden in de VS krijgen juist wel vaker een behandeling die minder wenselijk is en waarvoor betere alternatieven beschikbaar zijn, zoals een amputatie van het onderbeen bij diabetes en andere aandoeningen. Vrouwen uit minderheidsgroepen ondergaan vaker een keizersnede tijdens de bevalling.

De oorzaken zijn complex en geworteld in historische en huidige maatschappelijke ongelijkheden. Ze hebben betrekking op veel betrokken partijen op verschillende niveaus. Het gezondheidszorgsysteem, administratieve en bureaucratische processen, gebruiksmangers, zorgaanbieders en

(*vervolg tekstblok 2.7*)

patiënten spelen alle een rol. Het is aangetoond dat vooroordelen, voorkeuren en onzekerheden bij de zorgaanbieder tijdens het consult kunnen bijdragen aan ongelijkheid in behandeling. De condities waarin deze consulten plaatsvinden – hoge werkdruk, cognitieve complexiteit, druk om de kosten laag te houden – kunnen de kans verhogen dat deze processen resulteren in een zorg die slecht overeenkomt met de behoeften van de patiënten uit deze minderheidsgroepen. Minder-

heden zelf kunnen ook andere belemmeringen ondervinden, zoals taalproblemen, geografische afstand en minder culturele vertrouwdheid met de Amerikaanse zorg. Verder kunnen financiële en institutionele arrangementen in het gezondheidszorgsysteem, wetten, regelgeving en de politieke omgeving waarin deze opereren negatieve effecten hebben voor de mogelijkheden voor minderheden om kwalitatief goede zorg te krijgen (Smedley et al., 2002).

Mogelijke oorzaken van de ervaren knelpunten

Een eerste oorzaak voor de beschreven knelpunten ligt in de onbekendheid van nieuwe immigranten uit niet-westerse landen met de Nederlandse organisatie van de gezondheidszorg.

Culturele verschillen vormen een tweede verklaring van de gevonden knelpunten. Allochtonen hebben deels andere *opvattingen over gezondheid en ziekte, ziektegedrag en ziektebeleving* dan autochtonen, bijvoorbeeld wat betreft de oorzaken van ziekten. Sociale en soms ook bovennatuurlijke verklaringen spelen vaker een rol naast of in plaats van medische verklaringen voor lichamelijke aandoeningen en ongezondheid (Thomas et al., 1999). Daarnaast zijn er ook verschillen in *opvattingen over hulp zoeken*, die gevolgen kunnen hebben voor de zorgvraag. Zo leeft bij veel allochtone ouderen nog sterk de overtuiging dat kinderen een 'zorgplicht' hebben tegenover hun ouders. Die opvattingen stroken niet altijd meer met de opvattingen van hun kinderen, hetgeen tot spanningen en conflicten kan leiden wanneer ouders hulpbehoevend worden. *Tekstblok 2.8* gaat in op een onderzoek waaruit blijkt dat een deel van de zorgbehoefte Turkse ouderen grotendeels van professionele hulp en van hulp van hun eigen kinderen verstoken zijn.

Tekstblok 2.8: Zorgen over zorg van Turkse ouderen in Nederland

In een diepgravend kwalitatief onderzoek onder 15 Turkse oudere echtparen waarin zichzelf en vele familieleden zijn geïnterviewd, komt naar voren dat zich ernstige situaties voordoen waarin de zorg onvoldoende is. Aan het onderzoek deden vijf families mee waarvan de ouders géén zorg nodig hadden. Vijf families waren in een overgangssituatie naar zorgafhankelijkheid. En in vijf families was een van de ouders zorgafhankelijk en gedeeltelijk of volledig bedlegerig. De resultaten kunnen in het volgende citaat worden samengevat: 'De niet-zorgafhankelijke ouderen willen vooral verzorging volgens de traditionele patronen, dus van hun kinderen. Naarmate ouderen

meer behoefte aan verzorging krijgen, trekken ze hun oorspronkelijke verwachtingen in twijfel. In de derde zorgcategorie 'wel zorg nodig' ontvangen de twee ouderparen die gedeeltelijk bedlegerig zijn traditionele zorg. De drie ouderparen die wel bedlegerig zijn, ontvangen géén zorg op de traditionele manier. Twee zoons zijn zonder hun ouders hierover te informeren met hun gezin uit het ouderlijk huis vertrokken. De bedlegerige ouderen maken, ondanks de soms schrijnende situatie, geen gebruik van de formele zorg omdat ze zich op hun beurt schamen voor de falende zorg van hun kinderen' (Yerden, 2000).

Een derde oorzaak van de moeizame communicatie is dat hulpverleners veelal niet bekend zijn met of een vooringenomen standpunt hebben over de taal en cultuur van allochtonen, waardoor misverstanden en verkeerde verwachtingen kunnen ontstaan (Knipscheer & Kleber, 1998).

Een vierde oorzaak voor miscommunicatie tussen hulpverlener en patiënt hangt samen met wat De Swaan 'protoprofessionalisering' heeft genoemd (De Swaan et al., 1979). Hieronder verstaat hij dat een patiënt in staat is de eigen klachten te vertalen in een behandelbaar probleem en daarbij passende hulp zoekt. Veel allochtonen missen deze vaardigheid omdat in het land van herkomst de gezondheidszorg veel minder gedifferentieerd is dan in Nederland en men vaak ook een andere betekenis geeft aan ziekte.

Tenslotte kan een deel van de verklaring van de knelpunten vermoedelijk ook gezocht worden in de lagere sociaal-economische positie van allochtonen, in de beperkte tijd die in de zorg beschikbaar is of in nog andere kenmerken van het Nederlandse zorgsysteem.

Het is te verwachten dat de tweede en derde generatie allochtonen door een betere beheersing van de Nederlandse taal en een sterkere integratie in de Nederlandse samenleving minder problemen zullen hebben met de zorg. Die verwachting hoeft echter niet zonder meer uit te komen. Uit het onderzoek van Van Wieringen et al. (1999) komt naar voren dat de groep allochtonen die deels geïntegreerd is juist een grotere kans op misverstaan van de huisarts door communicatieproblemen heeft dan de groep traditionele allochtonen. Gegevens over het effect van inburgering en integratie van eerste generatie allochtonen op hun ervaringen met de zorg zijn echter nauwelijks beschikbaar. Bijzondere aandacht zal in ieder geval zeker nodig blijven voor aanzienlijke delen van de eerste generatie niet-westers allochtonen en voor nieuwe groepen immigranten uit niet-westerse landen die in de steden (komen) wonen.

Conclusie

Niet-westers allochtone patiënten vormen een groot aandeel in de bevolking van de achterstandswijken van de grote steden. Het is onbekend of en in welke mate de grootstedelijke gezondheidszorg voor allochtone patiënten in Nederland slechter van kwaliteit is dan die aan autochtone patiënten. Er is wel in toenemende mate kleinschalig kwalitatief en deels grootschaliger onderzoek dat een aantal knelpunten in de kwaliteit van zorg aan bepaalde groepen niet-westers allochtone patiënten aan het licht brengt.

Belangrijke knelpunten liggen in de onbekendheid met het zorgaanbod, taalproblemen en culturele verschillen in verwachtingen. Niet alleen allochtone patiënten signaleren deze problemen. Ook zorgverleners ervaren aanzienlijke knelpunten en wijzen erop dat de zorg aan allochtone patiënten niet optimaal is in vergelijking met autochtone patiënten en dat misverstanden en gebrekkige zorg het gevolg kunnen

zijn. Er zijn duidelijk aanwijzingen dat de zorg aan allochtonen in bepaalde gevallen tekortschiet. Soms – bijvoorbeeld in de ouderenzorg – leidt dat tot situaties dat hulp-behoevende oudere allochtonen van de eerste generatie geheel of grotendeels van hulp verstoken blijven.

De kleinschaligheid van veel onderzoeken heeft als gevolg dat het moeilijk is om met zekerheid uitspraken te doen over de kwantitatieve omvang van de knelpunten en deze ook onderling te wegen. Het is daardoor moeilijk te bepalen of de problemen in de ene etnische groep en in de ene zorgsoort groter zijn dan in de andere, en welke type oplossingen voor welke knelpunten nu prioriteit dienen te krijgen. Wel is duidelijk dat er gezondheidswinst is te halen als het lukt oplossingen te vinden voor de beschreven knelpunten.

De afgelopen decennia worden in toenemende mate pogingen gedaan om de gezondheidszorg voor allochtonen te verbeteren, onder andere door de stimulering van allochtone zorgconsulenten en interculturalisatieprojecten (VWS, 2001). In *hoofdstuk 4* zal dit op meerdere plaatsen aan de orde komen.

2.7 Conclusie

Grote steden hebben te maken met een aantal specifieke ontwikkelingen in gezondheid en zorg, zoals een grote diversiteit in bevolkingsgroepen met een vaak slechtere gezondheidstoestand, de complexiteit en opeenstapeling van gezondheidsproblemen in bepaalde wijken, en de aanwezigheid van marginale groepen. Er bestaat een uitgebreid en gevarieerd netwerk van zorgvoorzieningen, deels om tegemoet te komen aan de specifieke kenmerken van de gezondheidstoestand.

Daarnaast worden ook de grote steden geconfronteerd met algemene, landelijk ontwikkelingen, zoals een toename van ongezond gedrag, vergrijzing van bevolking, een toenemend belang van geestelijke gezondheidszorg en van verpleging en verzorging. De wens om zelfstandig te wonen en de individualisering vragen extra aandacht voor alleenstaande ouderen, gehandicapten en chronisch zieken (lichamelijk en geestelijk). Bovendien spelen landelijke knelpunten in de zorg zoals wachtlijsten in de zorg en tekorten in personeel ook in de grote steden.

Op een aantal onderdelen is de toegankelijkheid van de zorg in de grote steden beoordeeld: door te kijken naar (dreigende) personeelstekorten, naar wachtlijsten, het zorggebruik en (on)tevredenheid van allochtone patiënten en hun zorgverleners. De opvallendste knelpunten die daaruit naar voren komen, zijn:

- De toenemende werklast van huisartsen in de vier grote steden in vergelijking met elders en een relatief grote werklast voor huisartsen in achterstandswijken,
- Een relatief groot aantal moeilijk vervulbare vacatures voor verpleging en verzorging in met name Amsterdam, maar ook in Rotterdam en Den Haag,

- Langere wachtlijsten voor thuiszorg in de middelgrote steden (de situatie in de grote steden is niet optimaal, maar lijkt wel verbeterd als we naar de trend in gebruikcijfers kijken),
- Een lager gebruik onder allochtonen, met name onder Turken en Marokkanen, van een aantal onderdelen van de zorg, zoals fysiotherapie, thuiszorg, vrij verkrijgbare medicijnen en opnames in het ziekenhuis, hetgeen mogelijk duidt op een toegankelijkheidsprobleem,
- Knelpunten in de kwaliteit van de zorg voor de allochtone bevolking (in de steden), waarop zowel allochtone patiënten als zorgverleners wijzen.

In het volgende hoofdstuk komen naast algemene mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag van stedelijke bevolkingsgroepen, enkele van bovenstaande knelpunten terug. Dat betreft dan met name de ontwikkelingen in de capaciteit van huisartsen en van verpleegkundigen en van verzorgenden groepen.

3 Wat brengt de toekomst?

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de toekomst van de zorg in de grote steden.

Allereerst besteden we aandacht aan een aantal algemene maatschappelijke ontwikkelingen. We trachten na te gaan in hoeverre deze ontwikkelingen van invloed zijn op de omvang en aard van de gezondheidsproblemen en de zorgvraag in de grote steden en welke gevolgen ze hebben voor de zorgverlening. We kijken daarbij ook specifiek naar de mogelijke gevolgen die recente ontwikkelingen in de zorg, zoals marktwerking, zorg op maat en schaalvergroting, kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare groepen in de grote steden (*paragraaf 3.2*).

Daarna trachten we na te gaan in hoeverre één van de belangrijkste huidige knelpunten in de grootstedelijke zorg zich in de komende jaren zal ontwikkelen, namelijk de capaciteitstekorten die in *hoofdstuk 2* zijn gesignaleerd. We gaan daarbij specifiek in op de capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg (*paragraaf 3.3*) en in de verpleging en verzorging (*paragraaf 3.4*).

3.2 Gezondheid en zorg in de grote steden: een toekomstverkenning

A.E.M. de Hollander, H. Verkleij

Men zal in de grote steden rekening moeten houden met een blijvende en zich mogelijk uitbreidende concentratie van sociaal-economische achterstand in minder attractieve wijken. De omvang van bepaalde kwetsbare groepen neemt waarschijnlijk toe, zoals alleenstaande (allochtone) ouderen, zelfstandig wonende gehandicapten, dak- en thuislozen, ex-psychiatrische patiënten en illegalen. Typisch grootstedese aspecten van de zorgvraag, zoals complexiteit, culturele diversiteit, of het niet zuiver medisch karakter ervan, zullen toenemende aandacht eisen.

Marktwerking, decentralisatie van verantwoordelijkheid, en 'zorg op maat' onder regie van de zorgverzekeraars zullen de diversiteit en kwaliteit van de zorg voor de meeste burgers mogelijk verbeteren. Hierbij bestaat juist in de grote steden het gevaar dat minder mondige, kwetsbare of zelfs zorgmijdende groepen onvoldoende hun weg vinden in het veelvormiger en onoverzichtelijker aanbod. Zorgnetwerken, meer uitreikende of bemoeiende zorg passen immers juist minder in het rationele marktmodel voor de zorg.

Inleiding

In deze paragraaf schetsen we kort een aantal verwachtingen voor de toekomstige zorgbehoefte en het zorgaanbod in de grote steden. We concentreren ons daarbij op drie vragen:

1. Welke gevolgen hebben maatschappelijke ontwikkelingen in de komende tien jaar op de samenstelling van de bevolking in de grote steden en hun gezondheidstoestand?
2. Welke gevolgen hebben ze voor de zorgvraag?
3. Welke gevolgen hebben ze voor toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgaanbod, vooral als het gaat om de meer kwetsbare groepen?

We putten daarbij uit een reeks van beschikbare middellange termijnverkenningen, waarin economische, sociaal-culturele, demografische, ruimtelijke en institutionele ontwikkelingen aan bod zijn gekomen (SCP/CPB, 2000; RIVM, 2000; Veenman, 2002; Crommentuijn, 2002; Van der Lucht & Verkleij, 2001; Van Oers, 2002; CPB, 2002; SMO, 2002; NIDI, 2000; Intermediair, 2003). Bij de toekomstschets richten we ons vooral op die aspecten die van belang zijn voor de vraag met welke ontwikkelingen partijen in grote steden rekening moeten houden bij het organiseren en verbeteren van de zorg. Daarbij staan onvermijdelijk de ongunstige kanten van die ontwikkelingen wat meer in het licht.

Toekomstige ontwikkelingen

Toekomstige bevolking en gezondheidstoestand

Uit de genoemde verkenningen komt geen onverdeeld gunstig beeld naar voren. Er zijn verwachtingen van welvaartsgroei, toenemende individualisering, informatisering, internationalisering, opkomst van allochtoon ondernemerschap en verbetering van de aantrekkelijkheid en economische positie van de grote steden. Echter, niet iedereen zal als vanzelf van deze ontwikkelingen profiteren, mede gezien de wat sombere economisch vooruitzichten voor de komende jaren met oplopende werkloosheid, zeker ook in het laagste segment van de arbeidsmarkt.

Er bestaat een gereede kans dat de concentratie van maatschappelijke achterstand blijft voortduren of zich uitbreidt in bepaalde, minder attractieve wijken van de grote steden. De sociaal-economische verschillen nemen mogelijk nog wat toe, vaak langs etnische scheidslijnen. De structuurveranderingen binnen de Nederlandse economie, waarbij kennis en specialisatie sleutelbegrippen zijn, lijken vooral gunstig voor hoogopgeleiden. Het opleidingsniveau van de gemiddelde Nederlander blijft weliswaar toenemen, de groep achterblijvers slinkt evenwel niet en raakt bovendien verder achterop. In de meeste voorspellingen zullen de traditionele groepen van allochtonen zeker tot 2015 vooral in de grote steden de drukke onderkant van de arbeidsmarkt domineren. Bij aanhoudende economische stagnatie en doorzetten van de (vermeende) internationale 'clash of cultures' dreigt verharding van de (religieuze) scheidslijnen (toenemende etnische identificatie). Overigens bieden de sterk groeiende sectoren 'zorg', 'persoonlijke dienstverlening' en 'belevingseconomie' (recreatie,

massacultuur) wel meer mogelijkheden om nietkennisgebonden talenten van werknemers aan te wenden (meer, kleine banen). Dat geldt ook voor de sterke uitbreiding van het allochtone ondernemerschap die met name in de grote steden wordt verwacht.

De grote steden vergrijzen naar verwachting minder snel dan de rest van Nederland, maar door het selectieve wegtrekken van sociaal-economisch sterke ouderen neemt het aandeel kwetsbare ouderen (alleenstaand, allochtoon, zorgafhankelijk) toch toe. In 2015 zal zo'n 40% van de bevolking van de grote steden van allochtone afkomst zijn (bij de jongeren is dat nu al voor meer dan de helft het geval). De concentratie van allochtone groepen in oude en nieuwe achterstandswijken blijkt hardnekkig, vooral omdat de sociaal-economische positie van veel niet-westerse allochtonen weinig verbetert, mede door aanhoudende volgmigratie. De overige wijken in de grote steden raken steeds meer gemengd door verspreiding van succesvolle tweede en derde generatie migranten. Daarnaast zal een overloop te zien zijn naar de goedkopere, en inmiddels minder gewilde huurwoningenvoorraad van de oudere groeikernen (nieuwe achterstandswijken).

De omvang (en het aandeel) van bijzonder kwetsbare groepen zoals dak- thuislozen, drugsverslaafden, psychiatrische patiënten en illegalen zal naar verwachting in de grote steden toenemen als gevolg van het hardere sociale klimaat en de internationalisering van de samenleving. Zo neemt door een restrictiever toelatingsbeleid de toestroom van asielzoekers weliswaar af maar het aantal illegalen groeit waarschijnlijk navenant. Ook de extramuralisering speelt hierbij een rol. Dat zal zijn weerslag hebben op de zorgvraag, zeker gezien de vergrijzing die ook in sommige van deze groepen zal optreden. Hiertoe rekent men ook het groeiend aantal 'zorgmijders'.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 stelt recent opnieuw de grote en hardnekkige sociaal-economisch bepaalde verschillen in gezondheid van buurt tot buurt aan de orde, in samenhang met een opeenstapeling van ongunstige sociale en fysieke factoren (de buurt als vindplaats en oorzaak van achterstanden). Deze komen onder meer tot uitdrukking in een verschil in gezonde levensverwachting tussen hoogst- en laagst opgeleiden dat nu in de orde van 15 jaar ligt. Dat wil zeggen: laag opgeleiden, waarvan er velen in achterstandswijken wonen, krijgen al op jongere leeftijd te maken met chronische gezondheidsklachten en behoefte aan zorg. Het zal niet meevallen de aard en ernst van gezondheidsachterstanden in bepaalde wijken in de nabije toekomst substantieel te doen afnemen.

Intensieve en ingewikkelde zorgvraag

Typische grootstedse aspecten van de zorgvraag, zoals hoge intensiteit, complexiteit, culturele diversiteit en een vaak niet zuiver medische karakter, zullen dus in de toekomst nog meer aandacht vragen, uiteraard vooral in de oude en nieuwe achterstandswijken. Men zal vaker te maken krijgen met combinaties van medische, psychische en sociale problematiek. Vergrijzing, zorgafhankelijkheid (zoals bij demente bejaarden), sociale isolatie en vervreemding zullen in de grote steden een groter knel-

punt gaan vormen. Dit wordt nog versterkt door de wens zorg zo lang en veel mogelijk buiten de instellingen te verlenen (extramuralisering). Meer zorgafhankelijke personen zullen een beroep doen op zelfstandige woonruimte in het goedkope segment van de markt, en zich, ook al gezien de daar beschikbare voorzieningen, vooral in de grote steden vestigen.

Bovendien zal de diversiteit in bevolkingsgroepen verder toenemen, naar etniciteit of sociale status, maar ook in gedrag, gezondheidsbeleving en zorgvraag. Zo stroomt er een groter aandeel asielzoekers uit armere landen in Afrika en Azië binnen, met vaak complexere geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen. Ook die toenemende culturele heterogeniteit maakt de zorgverlening ingewikkelder; ze gaat gepaard met grotere communicatieproblemen en cultuurverschillen met betrekking tot gezondheid en zorg.

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals individualisering, informalisering, verdere toename van culturele heterogeniteit en sociaal-economische verschillen zijn bovendien ongunstig voor de sociale cohesie in en de binding aan de buurt. Het gevaar bestaat dat de beschikbaarheid van sociale steun (informele zorg) en de sociale veiligheid in buurten verder afnemen.

Toekomstige ontwikkelingen in de zorg

Onder druk van internationalisering, economische stagnatie en vergrijzing zal de verzorgingsstaat verder worden 'gemoderniseerd' (de 16% van het BNP die we nu uitgeven aan ziektekosten en pensioenen zal in de komende 30 jaar verdubbelen). Dat wil zeggen: meer aandacht voor doelmatigheid, maar ook voor keuzevrijheid, kwaliteit en variatie bij het aanbod van traditioneel door of via de overheid geleverde diensten, zoals onderwijs, veiligheid en zorg: een verschuiving van overheid naar markt, van 'equity naar efficiency'. Het zorgstelsel verzakelijkt van een typisch solidariteitstelsel meer in de richting van een verzekeringsstelsel en wordt meer gemengd en flexibel (het zogenaamde cappuccinomodel waarin koffie, melk en cacao staan voor respectievelijk wettelijk-collectieve, collectief-private en privaat-individuele verzekeringen).

De ontwikkeling van een sterk aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel zet zich krachtig voort, onder regie van de zorgverzekeraars. Door noodzakelijke fusies worden zorgverleners en zorgverzekeraars steeds grootschaliger. Verzakelijking van en meer markt in de verzorgingsstaat stimuleren verbetering van efficiëntie en kwaliteit. Het zorgaanbod wordt breder, meer divers, meer toegesneden op specifieke zorgwensen, maar tegelijkertijd ook ingewikkelder en onoverzichtelijker. Vergroting van doelmatigheid zal enigszins ten koste gaan van de samenhang tussen de verschillende vormen van geneeskundige en welzijnszorg (integrale of ketenzorg) en van het 'uitreikende' (of meer bemoeizuchtige) karakter ervan. Onderdelen van die keten, zoals preventie, welzijnszorg, maatschappelijke opvang, zijn in handen van de gemeenten gebleven, terwijl 'cure' en 'care' meer marktconform worden aangepakt door vooral zorgverzekeraars in samenwerking met zorgverleners. Gemeenten krijgen een grotere rol als vangnet overal waar de zorgmarkt faalt.

Door verdere verbetering van opleidingsniveau en mondigheid van de samenleving kan ook een groter beroep gedaan worden op de eigen verantwoordelijkheid van de burger (omgaan met de zorgmarkt, maar ook wat betreft gezond gedrag). De demografische ontwikkelingen, vergrijzing en verkleuring, vragen om een verschuiving van 'cure' naar 'care' en het inspelen op een veel grotere culturele diversiteit. Voor een deel kan hier ook in worden voorzien omdat ook het aanbod aan (interculturele) zorgconsulenten, zorgnetwerken en uiteindelijk ook gespecialiseerde zorgverlening sterk zal zijn gegroeid.

De ontwikkelingen hebben ook een schaduwzijde. Het aanbod wordt ingewikkelder, veelvormiger en onoverzichtelijker, waardoor de minder mondige, minder draagkrachtige en meer kwetsbare groepen in de stad steeds minder gemakkelijk hun weg in de zorg zullen weten te vinden. Dergelijke groepen, zoals dak- en thuislozen, op een AOW aangewezen bejaarden of illegalen behoren bovendien tot de 'slechte risico's' die de concurrerende commerciële zorgverzekeraars juist geneigd zullen zijn zoveel mogelijk te vermijden, ondanks de wettelijke acceptatieplicht die zij voor deze groepen hebben (uitgezonderd illegalen).

Vanwege de toenemende druk op de ruimte in de grote steden verliest de zorg de concurrentieslag met andere gebruiksdoelen als het gaat om de gebouwde infrastructuur. In sommige wijken staat de eerstelijnszorg om de hoek onder druk. Na de sportvelden en openbare ruimte verdwijnen wellicht ook praktijken van huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten naar de stadsranden.

Naast de grotere zorgzwaarte (kwetsbare en marginale groepen), maken typisch grootstedse problemen, zoals gebrek aan betaalbare huisvesting, bereikbaarheid (inclusief parkeren), en sociale veiligheid het werken in de grote vier steden onaantrekkelijk. Tekorten aan huisartsen, tandartsen, verzorgend en verplegend personeel nemen verder toe.

3.3 Hoeveel nieuwe huisartsen zijn er in 2010 nodig in de grote steden?

L.F.J. van der Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman

Het aantal huisartsen in de grote steden zal harder moeten groeien dan elders in Nederland. Deze extra groei is vooral nodig om de hogere werklast per huisarts in de grote steden te verminderen. De huidige belangstelling van jonge huisartsen om in de grote steden te gaan werken is echter betrekkelijk gering.

Inleiding

De huisartsenzorg staat in de vier grote steden momenteel meer onder druk dan in de rest van Nederland, veel meer dan bijvoorbeeld in 1990 (zie paragraaf 2.4.1). Maar hoe zal deze aansluitingsproblematiek tussen vraag en aanbod zich in de komende tien jaar (tot 2010) ontwikkelen?

Deze vraag is beantwoord door allereerst een schatting te maken van de verwachte uitstroom van huisartsen door pensionering of andere redenen van praktijkbeëindiging (op basis van de ervaring van de afgelopen jaren). We noemen dit de vervangingsvraag. Ten tweede is de zogenaamde uitbreidingsvraag berekend. De uitbreidingsvraag is bepaald aan de hand van:

- demografische factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorg, zoals de toename van de bevolking, vergrijzing en de toename van allochtonen,
- de toenemende wens onder huisartsen om in deeltijd te werken,
- de wens om de werklast van huisartsen in de grote steden gelijk te maken aan de gemiddelde werklast in Nederland.

Door vervangingsvraag en uitbreidingsvraag met elkaar te combineren is de benodigde instroom tot 2010 geschat: het benodigde aantal nieuwe huisartsen in de grote steden en daarbuiten. Tenslotte gaan we in op de vraag hoe haalbaar het lijkt om in de periode tot 2010 voldoende huisartsen op te leiden en hen te interesseren om in de grote steden te gaan werken.

In *tekstblok 3.1* staat de technische beschrijving van de gehanteerde methode.

Tekstblok 3.1: Methode voor de berekening van de toekomstige behoefte aan huisartsen

Berekening van de vervangingsvraag

Het aanbod aan huisartsenzorg in 2001 is bekend uit de landelijke registratie van werkzame huisartsen van het NIVEL. In deze registratie zijn onder andere de naam, het praktijkadres, de leeftijd, het geslacht en de werkzame status van alle huisartsen in Nederland geregistreerd. Ook de omvang van de werkzaamheden als huisarts (dat wil zeggen: het aantal FTE), wordt bijgehouden. Het aanbod in 2010 is voor een belangrijk deel afhankelijk van de uitstroom die tussen 2001 en 2010 verwacht mag worden. Op basis van de leeftijd- en geslachtsspecifieke uitstroompatronen van de jaren 1999 tot en met 2001, is de uitstroom per type gemeente voorspeld.

Berekening van de uitbreidingsvraag

De uitbreidingsvraag is als volgt berekend. Op basis van het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS is bekend hoe vaak mensen per jaar contact hebben met de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm

en urbanisatiegraad. Dit is echter alleen representatief voor de autochtone bevolking. Op basis van Weide & Foets (1998) is de contactfrequentie van allochtonen geschat. Deze gegevens zijn gecombineerd met het *aantal* inwoners per gemeente in 2001 en 2010, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit. Voor de bevolkingssamenstelling in 2010 is gebruikgemaakt van: (1) de Primos-prognose van de bevolkingssamenstelling per gemeente naar leeftijd en geslacht (www.abo.nl) en (2) CBS-prognose van de allochtone bevolking naar leeftijd en geslacht (www.statline.nl). Het aandeel ziekenfondsverzekerden naar leeftijd, geslacht en etniciteit is hierbij constant verondersteld (dat wil zeggen gelijk aan dat in 2001). Op deze wijze werd voor iedere gemeente in Nederland een schatting gemaakt van het aantal benodigde contacten met de huisarts in 2010.

De uitbreidingsvraag is niet alleen afhankelijk van ontwikkelingen in de vraag naar huisartsenzorg,

(vervolg tekstblok 3.1)

maar ook van ontwikkelingen binnen de beroepsgroep van huisartsen. Met name het toenemend aantal huisartsen dat in deeltijd wil werken is van belang. Die ontwikkeling wordt vooral bepaald door het toenemend aantal vrouwen in de beroepsgroep. Met behulp van gegevens uit de huisartsenopleiding is het aandeel vrouwelijke huisartsen in 2010 geschat en vervolgens gecombineerd met het aantal uren dat zij gemiddeld in 2001 in de praktijk werkzaam waren. Voor de gelijkstelling van de werklust is uitgegaan van het huidige verschil in werklust, gemeten aan de hand van het aantal consulten per FTE, zoals beschreven in *paragraaf 2.4.1*.

Indeling type gemeenten

Zowel vervangingsvraag als uitbreidingsvraag werden berekend voor iedere gemeente in Nederland. Hieronder maken we steeds een onderscheid naar drie typen gemeenten: 1) de vier grote steden, 2) de overige steden die participeren in het grote stedenbeleid plus de niet-participerende steden met meer dan 100.000 inwoners en 3) de overige gemeenten in Nederland.

Een uitgebreidere beschrijving van de methode en de resultaten is te vinden in Van der Velden et al. (2003).

Resultaten

Vervangingsvraag

Gegeven de huidige leeftijds- en geslachtsspecifieke uitstroom zal in de periode 2001-2010 naar schatting 40% van de huidige groep huisartsen stoppen. De drie typen gemeenten verschillen weinig in de procentuele uitstroom, aangezien er tussen de onderscheiden typen gemeenten geen grote verschillen zijn in de huidige leeftijds- en geslachtsopbouw van de huisartsen. In de vier grote steden zal 41% van de huisartsen het werk neerleggen, tegenover 39% in de rest van Nederland. Op basis van bovengenoemde uitstroompercentages is berekend dat in Nederland in totaal 3.118 huisartsen vervangen zullen moeten worden om de uitstroom op te vangen. Voor de vier grote steden gaat het in totaal om 437 huisartsen.

Uitbreidingsvraag

Naast de vervangingsvraag is er ook sprake van een uitbreidingsvraag. Deze bestaat uit drie elementen: de toename in de zorgvraag, de toenemende wens om in deeltijd te werken en de wens om de extra werklust in de grote steden te verminderen. *Figuur 3.1* geeft voor elk van deze drie elementen het effect weer.

Groei in de vraag naar huisartsenzorg als gevolg van demografische ontwikkelingen

Het aantal inwoners in de vier grote steden zal naar schatting met 5,7% toenemen, wat ongeveer gelijk is aan de verwachte groei voor Nederland als geheel. In de overige grote steden ligt de verwachte groei veel hoger (8,8%). Naar verwachting zal in 2010 circa 37% van de bevolking in de grote steden ouder zijn dan 44 jaar. Dit percentage is lager dan in de overige grote steden (41%) en de rest van Nederland (46%). Naar verwachting zal in de periode 2001-2010 het aandeel niet-westers allochtonen in de Nederlands bevolking toenemen van 9% in 2001 naar 12% in 2010. In de vier grote steden zal daarbij sprake zijn van een toename van 29% naar 39%.

Voor de grote steden vertalen deze demografische ontwikkelingen zich in een verwachte toename van de vraag naar huisartsenzorg van 8,7%. Voor de overige grote

steden ligt de verwachte groei veel hoger (10,9%) en voor de rest van Nederland veel lager (6,4%). Als de 'gemiddelde' huisarts in 2010 op dezelfde wijze zal werken als de 'gemiddelde' huisarts in 2001, dan moet het aantal huisartsen dus ook met respectievelijk 8,7%, 10,9% en 6,4% toenemen in achtereenvolgens de vier grote steden, de overige grote steden en de rest van Nederland.

Benodigde groei als gevolg van de wens in deeltijd te werken

Het aantal deeltijdwerkers onder huisartsen zal groeien, vooral omdat het aandeel vrouwelijke huisartsen zal toenemen. Daardoor zal in de toekomst een groter aantal huisartsen moeten worden opgeleid om een zelfde aantal FTE's te verkrijgen. Voor heel Nederland zou het aantal huisartsen met 6,5% extra moeten toenemen. Hetzelfde geldt grofweg voor de vier grote steden (6,8%) en voor de overige grote steden (6,4%).

Extra groei in de vier grote steden met het oog op het gelijkschakelen van de werklust

Als we vervolgens ook de werklust in de grote steden gelijk willen trekken met die in Nederland als geheel, dan zal er van het totaal aantal nieuwe huisartsen in Nederland een groter aandeel zich in de vier grote steden moeten vestigen. Berekend is dat het aantal huisartsen in de vier grote steden daarvoor met 9,5% extra moet toenemen ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Voor de overige grote steden en de rest van Nederland zal de totale benodigde groei bij een egalisering van de werklust juist ongeveer 1,5% lager kunnen zijn.

De combinatie van de drie groeifactoren

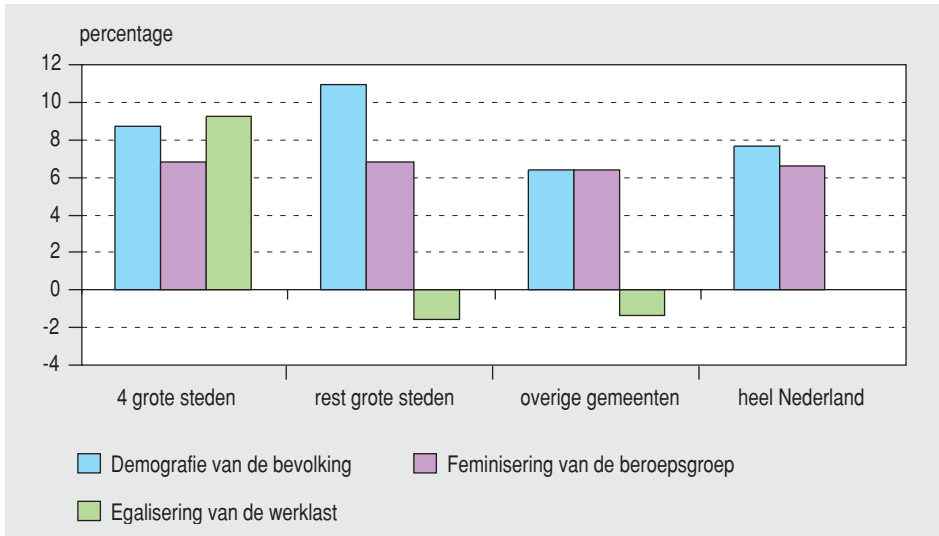
De drie effecten tezamen resulteren in een totale benodigde groei van 24,7% in de vier grote steden. De totaal benodigde groei in de overige grote steden is 16,1% en in de rest van Nederland 11,5%. De extra benodigde groei in de vier grote steden is vooral het gevolg van de wens de werklust gelijk te schakelen. De beide andere factoren zijn wel van belang voor de benodigde landelijke toename van het aantal huisartsen, maar niet voor het verschil tussen de vier grote steden en de rest van Nederland (*zie figuur 3.1*).

Voor alle drie typen gemeenten is de vervangingsvraag (ongeveer 40%) overigens groter dan de uitbreidingsvraag.

Benodigde instroom

In totaal moeten er de komende jaren 4.235 huisartsen instromen om zowel de vervangingsvraag als de uitbreidingsvraag op te vangen. Daarvan moeten er zich 699 (of 16,5%) vestigen in de vier grote steden, 1.019 (of 24,1%) in de overige grote steden en 2.518 (of 59,4%) in de rest van Nederland (*zie figuur 3.2*).

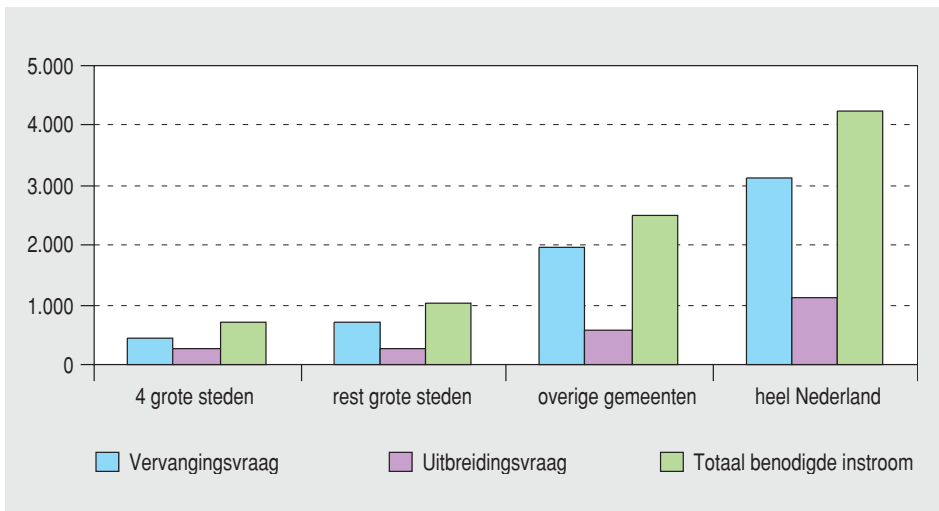
Voor de vier grote steden betekent het een en ander dat er per jaar 78 huisartsen moeten instromen om aan de vervangings- en uitbreidingsvraag te voldoen.



Figuur 3.1: Procentuele toename in de vraag naar huisartsenzorg 2001-2010 uitgesplitst naar onderliggende oorzaken.

Haalbaarheid van de benodigde instroom

Het is de vraag of de gewenste instroom ook gerealiseerd zal worden. In de afgelopen tien jaar is uiteindelijk 13% van de nieuwe huisartsen in de vier grote steden terecht gekomen. In de komende tien jaar zal dat aandeel volgens de berekeningen omhoog moeten naar ongeveer 16%. Uit een wensenonderzoek onder jonge, praktijkzoekende huisartsen blijkt echter dat slechts 8% de voorkeur heeft voor het werken in een grote stad. Het grootste deel (39%) heeft een voorkeur voor het werken op het verstedelijkt platteland (Van der Velden et al., 2003).



Figuur 3.2: Benodigde instroom van huisartsen 2001-2010 om de uitstroom te kunnen vervangen en tegemoet te komen aan de uitbreidingsvraag.

De voorkeur van jonge huisartsen komt dus niet overeen met de behoefte aan nieuwe huisartsen in de vier grote steden. Men kan de cijfers echter ook wat optimistischer interpreteren. Allereerst is in de vorige alinea aangegeven dat de afgelopen tien jaar toch een groter aandeel van de jonge artsen in de vier grote is gaan werken dan de huidige voorkeuren aangeven. Op de tweede plaats is in de genoemde enquête aan de jonge huisartsen ook gevraagd of zij *eventueel* bereid zijn om een praktijk uit te oefenen in een achterstandswijk. Circa 15% zegt daar eventueel bereid toe te zijn, waarbij de vrouwen iets hoger scoren dan de mannen. Dit duidt erop dat de voorkeur van de jonge huisartsen niet absoluut vast ligt, maar enige ruimte biedt voor beïnvloeding. Hardere gegevens – zoals het aantal leegstaande huisartspraktijken in de steden – zijn niet beschikbaar en zouden een apart onderzoek vergen.

Maar naast de voorwaarde van een goede spreiding van de nieuwe huisartsen over het land is een nog belangrijker voorwaarde dat er voldoende nieuwe huisartsen opgeleid worden en als huisarts willen gaan werken. In de jaren negentig bedroeg de instroom in de huisartsenopleiding gemiddeld 325 per jaar, terwijl zich jaarlijks 285 nieuwe huisartsen vestigden. De berekeningen laten zien dat de komende tien jaar jaarlijks 470 nieuwe huisartsen, en – rekening houdend met uitval tijdens en direct na de opleiding – in totaal dus 540 opleidingsplaatsen nodig zijn. In 2001 is het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen verhoogd naar 460 en in de komende jaren zal dat verder worden uitgebreid. Deze sterke stijging van het aantal opleidingsplaatsen biedt gunstige perspectieven om het (dreigende) tekort aan huisartsen op niet al te lange termijn te kunnen opvangen. Voorwaarde is wel dat er dan niet alleen op papier maar ook in de praktijk op zeer korte termijn zo'n groot aantal nieuwe opleidingsplaatsen gecreëerd kunnen worden en er voldoende basisartsen zullen zijn die voor de opleiding tot huisarts kiezen. Daarover is niet iedereen even optimistisch (Claessens, 2001).

Conclusie

Een groot aantal huisartsen stopt de komende tien jaar met hun praktijk. Hierdoor ontstaat landelijk een vervangingsvraag van 40% van de huidige capaciteit. De grote steden zitten voor de vervangingsvraag op dit landelijk gemiddelde. Daarbovenop is er om verschillende redenen een uitbreiding nodig. Die benodigde uitbreiding is in de vier grote steden hoger dan elders en bedraagt tot 2010 25% van de huidige capaciteit. In de overige grote steden is dat 16% en in de rest van Nederland 12%.

Deze extra groei in de vier grote steden is met name nodig met het oog op het gelijk-trekken van de hogere werklust in de grote steden. Andere onderzochte factoren (toename van de vraag als gevolg van demografische ontwikkelingen en de wens om ook als huisarts vaker in deeltijd te werken) blijken niet sterk te verschillen tussen de grote steden en de rest van Nederland.

De recente uitbreiding van de opleidingscapaciteit zal het tekort aan huisartsen voor Nederland als geheel waarschijnlijk doen verdwijnen. Echter, de bereidheid van jonge

huisartsen om in de grote steden te gaan werken lijkt onvoldoende om de extra benodigde instroom van huisartsen in de vier grote steden tegemoet te komen. Er lijken echter wel mogelijkheden deze bereidheid positief te beïnvloeden.

De bovenstaande conclusies zijn gebaseerd op schattingen. In deze schattingen is een groot aantal ontwikkelingen meegenomen, maar ook een aantal niet. De landelijke uitstroom van huisartsen kan sneller verlopen dan in de afgelopen tien jaar het geval was, bijvoorbeeld door afnemende motivering en een toename van de ervaren problemen in de huisartspraktijk. Mogelijk spelen deze factoren sterker in de grote steden dan elders, waardoor de uitstroom in de grote steden sneller zal verlopen. Aan de andere kant is in het model geen rekening gehouden met alternatieve oplossingen die de werkdruk van de huisarts zouden kunnen verlichten, bijvoorbeeld doordat taken worden overgenomen door hulppersoneel of door efficiëntere organisatie.

Bij de toename van de vraag naar huisartsenzorg is alleen rekening gehouden met demografische ontwikkelingen. Met andere factoren die de vraag naar huisartsenzorg mogelijk opstuwen of juist doen afnemen, zoals bijvoorbeeld een verdere verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen of een toenemende tendens om niet rechtstreeks naar de huisarts te gaan, is geen rekening gehouden.

Ondanks deze beperkingen maken de analyses duidelijk dat de grote steden extra aandacht behoeven om te voorkomen dat er daar op de middellange termijn (nog) grote(re) capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg ontstaan.

3.4 Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden zich in de grote steden tot 2005?

H. Giesbers, R. Verheij, W. van der Windt

Tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden zullen zich de komende jaren in veel regio's, verspreid over het land, voordoen. Amsterdam en Den Haag behoren tot de regio's waarin de hoogste tekorten verwacht worden.

Inleiding

In 2001 was er een groter aantal (moeilijk vervulbare) vacatures in de drie grootste steden. In Amsterdam was de zogenaamde vacaturegraad het hoogst, daarna in Den Haag en Rotterdam. Utrecht lag onder het landelijk gemiddelde (*zie paragraaf 2.4.2*). Maar hoe zal deze problematiek zich de komende jaren ontwikkelen? Aan de hand van regionale arbeidsmarktverwachtingen voor verpleegkundigen en verzorgenden

(Van der Windt, 2002) proberen we een antwoord op deze vraag te geven.

Regionaal samenwerkende instellingen stellen de verwachtingen over de arbeidsmarkt op met behulp van het computersimulatiemodel RegioMarge. Prismant verzamelt de uitkomsten. Het model berekent de toekomstige vraag naar en het aanbod van verpleegkundig en verzorgend personeel in de publieke zorgsector met behulp van een groot aantal kenmerken van de regionale arbeidsmarkt (zie *tekstblok 3.2*). De meest recente verwachting dateert van 2001, is gebaseerd op gegevens uit 2000 en 2001 en kijkt vooruit tot 2005.

Teskstblok 3.2: Variabelen in het computersimulatiemodel RegioMarge

De regionale arbeidsmarktverwachting (Van der Windt, 2002) is gebaseerd op de volgende regionale kenmerken.

Vraag naar personeel:

- Groei/krimp van het budget voor verpleging en verzorging (in FTE's van werkgelegenheid);
- Het aantal personen dat nodig is om 100 arbeidsplaatsen te bezetten;
- Het verloop van personeel (onderscheid in verloop binnen de zorgsector en vertrek uit de zorg);
- Het aantal vacatures.

Aanbod van personeel:

- De instroom in de opleidingen;
- Het studierendement van de opleidingen (afmaken met succes);
- Het beroepsrendement: aandeel van gediplomeerden in de zorg;
- Intreding vanuit andere sectoren;
- Herintreding, rekeninghoudend met deeltijdbanen.

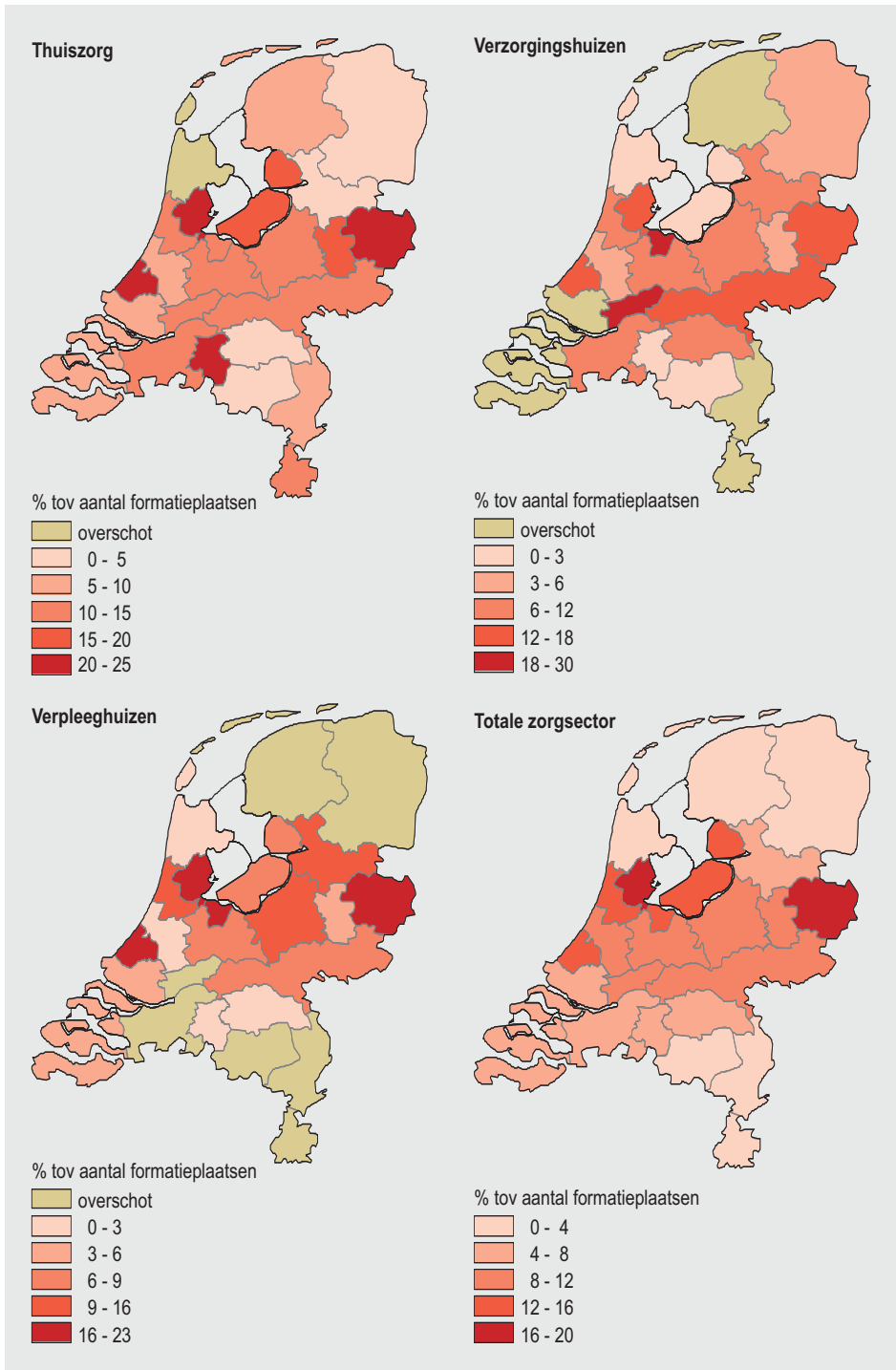
Er worden 24 RBA-regio's onderscheiden (Regionale Bureaus voor de Arbeidsvoorziening). Zie *bijlage 12* voor de regio-indeling.

Resultaten

Figuur 3.3 toont de regionale verschillen in de berekende tekorten aan verzorgend en verplegend personeel in 2005 voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg en voor de totale zorgsector.

In de meeste regio's is een tekort te verwachten. Dat tekort doet zich vooral voor in het westen en midden van het land. Het zijn zeker niet alleen de vier grootstedelijke regio's waar een groot tekort verwacht wordt. Wel valt op dat de regio's Amsterdam en Den Haag tot de regio's met de hoogste of één na hoogste verwachte tekorten in de drie zorgsectoren behoren. De regio Utrecht behoort tot de middenmoot. De regio Rotterdam heeft de meest gunstige vooruitzichten. Voor wat betreft de verzorgingshuizen is daar zelfs een potentieel overschot te verwachten. In de praktijk zal dit overschot zich in die regio waarschijnlijk niet voordoen vanwege de aanzuigende werking van de tekorten bij de verpleeghuizen, waar immers voor een belangrijk deel hetzelfde type personeel werkt.

Recente, nog niet gepubliceerde gegevens laten in grote lijnen dezelfde regionale verschillen zien, met een iets ongunstigere situatie in de regio Utrecht. Door de veranderende situatie op de arbeidsmarkt neemt de scherpte van de tekorten wel af (Van der Windt, 2003).



Figuur 3.3: Verwachte tekorten verpleegkundigen en verzorgenden in 2005 als percentage van het aantal formatieplaatsen in de thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en de totale zorgsector (Bron: Prismant, 2002).

De verwachte tekorten kunnen in sommige regio's hoog oplopen en de huidige landelijke vacature-intensiteit (zie paragraaf 2.4.2) overtreffen. De tekorten gelden echter alleen voor *gekwalificeerd* verpleegkundig en verzorgend personeel. Dat betekent dat de tekorten in de praktijk minder groot zullen zijn wanneer onder invloed van de situatie op de arbeidsmarkt ook veel anders-gekwalificeerd personeel aangetrokken kan worden.

Conclusie

Dreigende tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden bestaan in de meeste regio's en beperken zich niet tot de vier grote steden of tot de Randstad. De regio's Amsterdam en Den Haag behoren wel tot de regio's waarin de tekorten naar verwachting groot zullen zijn. De recente verruiming op de arbeidsmarkt, die tot uitdrukking komt in een hogere werkloosheid, zal naar verwachting vooral een tijdelijk, temperend effect op de berekende tekorten hebben. Op de langere termijn speelt toch dat vraag en aanbod van gekwalificeerd personeel structureel niet met elkaar in evenwicht zijn en zullen zonder aanpassingen weer tekorten dreigen te ontstaan.

De resultaten betreffende regionale analyses. Daarvoor is gekozen omdat de arbeidsmarkt voor verplegend en verzorgend personeel beter op regionaal dan op gemeentelijk niveau beschreven kan worden. Elk van de regio's bestaat uit een groot aantal gemeenten. Het is daardoor niet duidelijk in hoeverre deze conclusies ook op gemeentelijk niveau getrokken kunnen worden.

Vanwege de andere gebiedsindeling en een iets andere beroepsindeling is het niet goed mogelijk de uitkomsten van het RegioMarge-model naast de uitkomsten van de analyses van paragraaf 2.4.2 over de huidige situatie te leggen. De uitkomsten van RegioMarge geven desalniettemin weinig aanleiding om te veronderstellen dat het relatief grote tekort aan verplegend en verzorgend personeel in de *steden* Amsterdam en Den Haag (zie paragraaf 2.4.2) snel zal worden opgelost. Wel lijkt er enige verbetering in zicht voor Rotterdam. Het relatief geringe huidige tekort in Utrecht zal zich eerder in ongunstige zin ontwikkelen.

Een beperking van het RegioMarge-model is dat het aan de vraagkant vooral rekening houdt met beschikbare budgetten. De relatie met de zorgvraag komt zo niet rechtstreeks in beeld, maar hooguit indirect en voorzover de beschikbare budgetten de zorgvraag inderdaad weerspiegelen. Overigens is dat primair wel de realiteit waar managers in de zorg, waar het model primair voor gemaakt is, mee te maken hebben. Voor de korte termijn, tot 2005, is dit niet zo erg. Maar het model is daardoor minder geschikt voor prognoses op langere termijn. Dat geldt zowel voor de vraag- als de aanbodkant, die elkaar bovendien kunnen beïnvloeden.

Voor de langere termijn is het van belang of er zich grootschalige ontwikkelingen in de zorgvraag zullen voordoen. Daarbij kan men aan drie ontwikkelingen denken. Ten eerste is er een verborgen potentieel van zo'n half miljoen zorgvragers; het dubbele

van de huidige vragers (Van Campen et al., 2000). Als deze verborgen vraag tot uitdrukking zou komen, betekent dit een grotere kans op tekorten aan personeel. Daarnaast wonen veel mensen die verpleegd of verzorgd worden, het liefst thuis. Om dat mogelijk te maken worden vaak technologische oplossingen gebruikt (Dane et al., 2001). Het gebruik van technologische hulpmiddelen kan zowel vraagverschuiwend werken door een toename van de benodigde extramurale hulp, als vraagvermindrend voor zover patiënten zich voortaan zelf kunnen helpen en hulpverleners efficiënter kunnen werken. Verder zijn de tekorten afhankelijk van de mantelzorgers (1 à 1,5 miljoen) die de druk op de professionele thuiszorg verlichten (VWS, 2001g). Als de hulp van mantelzorgers afneemt, neemt de behoefte aan professionele hulp toe. De mogelijkheden om mantelzorg te verlenen zijn afhankelijk van de beschikbare tijd, de gezondheid en de draagkracht van de mantelzorgers, en daarmee onder andere van de mate van arbeidsparticipatie in de bevolking en de bevolkingsopbouw naar leeftijd, en varieert dus per regio.

3.5 Conclusie

Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen zullen eerder bijdragen aan een toename dan aan een afname van de gezondheidsproblemen in de grote steden. Zo zal er sprake zijn van een voortgaande toename en differentiatie van allochtone groepen, een ouder wordende groep drugsverslaafden, mogelijk een toename van het aantal dak- en thuislozen en illegalen, en een toename van vooral oudere alleenstaanden. Van het toenemende aantal chronisch zieken en gehandicapten zal een groeiend deel thuis willen blijven wonen, waardoor de behoefte aan allerlei tussenvoorzieningen zal toenemen. Er zijn aanwijzingen dat sociaal-economische gezondheidsverschillen zich in de toekomst nog meer in de steden zullen concentreren.

Vraagsturing, marktwerking en decentralisatie van bevoegdheden naar zorgverzekeraars leiden er toe dat de zorg in de grote steden steeds veelvormiger en ingewikkelder zal worden. Voor mondige burgers heeft dit mogelijk tot gevolg dat de zorg beter wordt. Het risico is echter groot dat dit ten koste gaat van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de groeiende groep kwetsbaren in de grootstedelijke samenleving.

De huidige tekorten aan huisartsen, verpleegkundig en verzorgend personeel in de grote steden, zullen zonder aanzienlijke inspanningen de komende jaren waarschijnlijk niet afnemen.

Deze combinatie van toename en verdergaande differentiatie van kwetsbare groepen met hun eigen, vaak complexe en specifieke zorgbehoefte, een meer divers, vraaggestuurd zorgaanbod en groeiende tekorten aan personeel in vitale functies in de grootstedelijke (eerstelijns) gezondheidszorg, vraagt om een actief en creatief beleid om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg in vooral de achterstandswijken van de grote steden te garanderen.

4 WAT DOEN WE AAN DE ZORGPROBLEMEN IN DE GROTE STEDEN?

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag wat verschillende partijen doen om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de grote steden te handhaven of te verbeteren. Bij de vormgeving van de zorg in de grote steden zijn vele partijen betrokken: de landelijke, provinciale en lokale overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentengroepen. De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de rol van de landelijke en lokale overheid, maar de andere partijen komen daarbij ook in beeld.

We stellen twee hoofdvragen:

1. Welk beleid van het ministerie van VWS is direct of indirect van invloed op de (gezondheids)zorgproblematiek in de grote steden? (*paragraaf 4.2*)
2. Wat is het (gezondheids)zorgbeleid van de gemeentebesturen van de grote steden? (*paragraaf 4.3*)

Paragraaf 4.2.1 probeert het VWS-beleid te ordenen naar de relevantie voor de zorg in de grote steden. Het meest duidelijke voorbeeld van VWS-beleid dat *direct* op de achterstandsproblematiek in de grote steden gericht is, betreft de achterstandsfonds voor huisartsen in achterstandswijken. *Paragraaf 4.2.2* gaat daarom na welke projecten de afgelopen jaren door het achterstandsfonds gefinancierd zijn.

Paragraaf 4.3.1 analyseert hoe gemeentebesturen van grote steden inspringen op de uitdagingen en knelpunten die in de vorige hoofdstukken zijn geschetst. Dit gebeurt aan de hand van een enquête die gehouden is onder de GGD-en die werkzaam zijn voor een achttal grote steden. *Paragraaf 4.3.2* beschrijft de rol van het grotestedenbeleid bij de verbetering van de (gezondheids)zorg voor kwetsbare groepen.

Paragraaf 4.4 benoemt enkele spanningsvelden in de beleidsstrategieën die gericht zijn op de drie thema's die in dit hoofdstuk centraal staan: de verbetering van de zorg voor de diverse (kwetsbare) bevolkingsgroepen, de verbetering van de samenhang in de zorg in achterstandswijken en de vermindering van personeelstekorten in de grote steden.

4.2 Wat is het landelijk beleid?

4.2.1 Welk beleid voert VWS voor de zorg in de grote steden?

H. Verkleij, M. Busch

Bij knelpunten in de zorg in de grote steden streeft VWS naar algemeen geldende maatregelen die ook buiten de grote steden toepasbaar zijn. Daarbij zoekt VWS steeds meer naar flexibele regelgeving om ruimte te scheppen voor lokaal benodigde variatie in aard en omvang van het zorgaanbod. VWS voert daarom weinig beleid dat specifiek en uitsluitend op de zorg in de grote steden is gericht.

Deze paragraaf gaat in op de landelijke beleidsmaatregelen en interventieprojecten die worden ingezet om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor inwoners van achterstandswijken in de grote steden te garanderen dan wel te verbeteren. Achtereenvolgens wordt ingegaan op drie vragen:

1. Wat is de huidige algemene landelijke beleidscontext in de gezondheidszorg, waarmee zorgverleners en zorginstellingen in de grote steden te maken hebben?
2. Welke beleidsmaatregelen neemt VWS om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in de grote steden te verbeteren?
3. Welke rol ziet VWS daarbij weggelegd voor de gemeentebesturen van de grote steden en het grotestedenbeleid?

Om een antwoord te geven op deze vragen is een selectie gemaakt van relevante landelijke beleids- en adviesstukken over de periode 1997-2002. Hierbij is gebruik gemaakt van de parlementaire informatie die op internet beschikbaar is via het systeem Op Maat. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met medewerkers van verantwoordelijke beleidsdirecties. Tenslotte is gebruik gemaakt van de conferentie over zorg in de grote steden in oktober 2002, waar de voorlopige resultaten van onze studie zijn bediscussieerd met betrokken partijen uit het veld.

De landelijke beleidscontext

Ontwikkelingen in de zorg op lokaal niveau worden in belangrijke mate beïnvloed door de landelijke beleidscontext. In de grote steden is dat niet anders. Daarom mag een korte schets over de landelijke beleidscontext niet ontbreken. Omdat de eerstelijnszorg in de achterstandswijken een specifieke focus is in ons rapport en er in het hele land grote veranderingen plaatsvinden in de eerstelijnszorg worden ook deze ontwikkelingen kort aangestipt.

Algemene ontwikkelingen: vraaggestuurde zorg, marktwerking en decentralisatie van bevoegdheden

In de kabinetsperiode van Paars-2 is een begin gemaakt met de modernisering van de curatieve gezondheidszorg (cure) en de langdurige zorg (care). Rode draad in dit

beleid is de omslag van een aanbodgestuurd zorgstelsel naar een systeem waarin de vraag van de patiënten en consumenten centraal staan (VWS, 2001; VWS, 2001a). Om zorg op maat mogelijk te maken heeft VWS de positie van patiënten op verschillende manieren proberen te versterken. Op individueel niveau door een reeks wetten die de rechten van patiënten vastleggen en door de invoering van persoonsgebonden budgetten in de care sector. Op organisatorisch niveau door de vertegenwoordiging van patiënten in overlegorganen in de zorg te stimuleren en hun maatschappelijke positie te verbeteren door de wet gelijke behandeling voor gehandicapten en chronisch zieken (VWS, 2001b).

Deze omslag vergt zowel een andere rol van de overheid - meer kaderstellend en uitvoerend - als meer verantwoordelijkheid en beleidsruimte voor aanbieders. Meer marktwerking, het in elkaar passen van ziekenfonds- en particuliere verzekering, deregulering en het overdragen van verantwoordelijkheden van de landelijke overheid naar de ziektekostenverzekeraars zijn belangrijke ontwikkelingen binnen de organisatie en de financiering van het gezondheidszorgstelsel.

Sommigen redeneren dat wanneer de zorg in de nabije toekomst op maat wordt geleverd, specifiek beleid gericht op doelgroepen, zoals bijvoorbeeld bewoners van achterstandswijken van de grote steden, niet of in ieder geval minder noodzakelijk is. Anderen zijn van mening zijn dat ook in het kader van vraaggestuurde zorg doelgroepspecifiek beleid noodzakelijk blijft en in feite een vorm van zorg op maat is (Verkleij, 2002).

Modernisering van de eerste lijn

De modernisering van de curatieve zorg heeft ook betrekking op de eerste lijn. De eerstelijnszorg staat de laatste jaren weer in het middelpunt van de belangstelling. Naast allerlei snelle veranderingen in de praktijk van de huisartsenzorg zoals het ontstaan van dienstenstructuren, triagesystemen en praktijkondersteuning is er een bloeiende discussie over de toekomst van de eerste lijn (Health Management Forum, 2001). Visies variëren van het opheffen van de eerste lijn tot de inrichting van nieuwe geïntegreerde transmurale basiszorgorganisaties met combinaties van functies zoals thuiszorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en ouder- en kindzorg (Scheuder, 2001; Hebing, 2001).

In mei 2002 bracht de Commissie modernisering eerste lijn een notitie uit met een overzicht van knelpunten, mogelijke oplossingsrichtingen, voorwaarden waaraan daarbij voldaan moet worden en concrete actiepunten. Deze Commissie is op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ingesteld. Zie ook *tekstblok 4.1* voor de inhoud van het advies.

Tekstblok 4.1: De visie van de Commissie modernisering eerste lijn

De Commissie modernisering eerste lijn (2002) somt een groot aantal knelpunten op die momenteel in de eerste lijn spelen. Er is, aldus de Commissie, een gevoel van urgentie om de eerste lijn te moderniseren. Die komt voort uit:

- een roep van patiënten om een betere afstemming en continuïteit van zorg,
- een stijgende zorgvraag die bovendien complexer wordt,
- een groeiende (ervaren) werkdruk onder zorgverleners,
- een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij diverse beroepsgroepen, (onder andere verloskundigen, praktijkverpleegkundigen, kraamverzorgenden en thuiszorg), waarbij met name in de huisartsenzorg de continuïteit in gevaar dreigt te komen,
- mondigere en beter geïnformeerde patiënten,
- een (groeiende) diversiteit in groepen patiënten,
- een toenemende roep om transparantie in de zorg,
- verschuiving naar grotere samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg zowel binnen als buiten de huisartsdiscipline,
- een ver doorgevoerde opsplitsing van taken (met name in de thuiszorg), waardoor patiënten in voorkomende gevallen niet de juiste hulpverlener krijgen,
- ambitie bij de huisarts om verantwoordelijk te blijven voor de generalistische medische zorg,

- onvoldoende afstemming tussen hulpverleners en tussen organisaties, met als gevolg dat de flexibiliteit in het bedienen van meer complexe vragen hieronder kan lijden,
- gebrekkige informatievoorziening, hetgeen de continuïteit van de zorgverlening niet ten goede komt,
- verschillende zorgactiviteiten kennen hun eigen bekostiging, hetgeen samenwerking niet bevordert,
- van zorgverzekeraars wordt steeds meer verwacht dat zij zorgen dat er een regionaal passende organisatie van de zorg is.

De Commissie benoemt de volgende oplossingsrichtingen:

- harmoniseren van de financieringsvorm voor de verschillende disciplines in de eerste lijn door toe te werken naar één aanspraak op zorg in de eerste lijn,
- creëren van een eerste opvangfunctie die de intake en selectie binnen de eerste lijn uitvoert en die op lokaal/regionaal niveau werkt,
- voortvarend werken aan eerstelijnszorgnetwerken, waarbinnen de uitvoering van zorgfuncties kleinschalig (dichtbij de patiënt) kan plaatsvinden, maar grootschalig genoeg is dat integrale en continue zorg kan worden geleverd,
- flexibiliseren van zorgaanpakken: bepaalde zorgfuncties kunnen door andere beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd.

De Commissie gaat niet specifiek in op de eerstelijnszorg in de grote steden. Veel van de knelpunten die de Commissie noemt, spelen daar echter in extra mate, zoals de complexere zorgvraag en de toenemende diversiteit in patiënten (*zie hoofdstuk 2*). Eén van de voorgestelde oplossingsrichtingen, namelijk het voortvarend werken aan eerstelijnszorgnetwerken, sluit aan bij de eisen die aan de eerste lijn in achterstandswijken gesteld worden (*zie paragraaf 2.2*). De Commissie verwacht overigens een landelijk tekort aan huisartsen van 20% in de komende jaren, zelfs met een maximale opleidingscapaciteit. De gepresenteerde analyse in ons rapport (*zie paragraaf 2.4.1*) oordeelt iets gunstiger, maar schetst wel de grote inspanning die nodig is om voldoende huisartsen op te leiden en te stimuleren om in de grote steden te gaan werken.

Landelijke maatregelen om de zorg in de grote steden te verbeteren

Achtereenvolgens komt hieronder het VWS-beleid aan de orde dat direct of indirect betrokken is op de belangrijkste knelpunten in de grote steden die in de vorige hoofdstukken zijn beschreven: namelijk de zorg voor specifieke bevolkingsgroepen, de

samenhang in de zorg, de huisartstekorten en de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden.

Specifiek beleid gericht op mensen met een lage SES, allochtonen en marginale groepen

Binnen het doelgroepgerichte beleid van VWS (jeugdbeleid, ouderenbeleid, gehandicapten- en chronisch ziekenbeleid) zijn een aantal doelgroepgerichte VWS-beleidsmaatregelen meer specifiek van belang voor de zorg in de grote steden, omdat ze gericht zijn op de bevolkingsgroepen die in de grote steden extra vertegenwoordigd zijn zoals mensen met een lage sociaal-economische status (SES), allochtonen en marginale groepen.

Om de toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg aan *lage SES-groepen* te verbeteren heeft het Ministerie van VWS de volgende beleidsvoornemens geformuleerd (VWS, 2001c):

- versterken eerstelijnszorg in achterstandswijken, bijvoorbeeld door de inzet van praktijkverpleegkundigen, goede verloskundige begeleiding en kraamzorg, peer-educators, wegwerken huisartsentekort en versterken van de eerstelijns GGZ,
- versterken interculturalisatie van de zorg,
- versterken jeugdgezondheidszorg voor risicogroepen, en
- invoeren van lokale zorgnetwerken.

VWS geeft aan bovenstaande beleidsvoornemens allereerst invulling door *landelijke* stimuleringsmaatregelen, *landelijke* regelgeving en het scheppen van ruimte in deze regelgeving om de zorg toe te kunnen spitsen op de lokale problematiek. Voorbeelden zijn:

- de landelijke financiële impuls ten behoeve van het arbeidsmarktbeleid (de zogenaamde Van Rijn-gelden) die onder meer tot doel heeft de *landelijke* tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden weg te werken,
- regelingen die het mogelijk maken nieuwe typen zorgverleners zoals praktijkverpleegkundigen en allochtone zorgconsulenten *landelijk* te financieren, niet alleen in de grote steden maar ook elders in het land,
- het landelijke project interculturalisatie,
- de landelijke versterking van de jeugdgezondheidszorg, waarbinnen ruimte is om naast het basispakket ook aan de lokale situatie aangepaste bijzondere vormen van zorg te leveren,
- landelijk beleid voor de openbare (geestelijke) gezondheidszorg, onder andere gericht op de stimulering van lokale zorgnetwerken.

Daarnaast financiert VWS projecten die specifiek op de grote steden zijn gericht, zoals het project 'Inpassing van gezondheidsdoelen binnen het grotestedenbeleid', waaraan momenteel een werkgroep werkt. Hiertoe is onder meer een gezondheidseffectscreening op een viertal meerjarenontwikkelingsprogramma's van grote steden uitgevoerd (Penris & Koornstra, 2003). Een ander voorbeeld is het project stimulering van de Lokale Aanpak van Gezondheidsverschillen (SLAG) dat door het NIGZ wordt

uitgevoerd en gericht is op de bevordering van gezond gedrag en een gezonde leefomgeving. Weliswaar is dit project bedoeld voor *alle* gemeenten, maar in de praktijk is het voor een belangrijk deel gericht op de ondersteuning van steden met achterstandswijken. Het Kabinetsstandpunt over sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en gezondheid in de grote steden (VWS, 2001c) wordt overigens nog uitgewerkt tot een interdepartementaal implementatieprogramma dat in de zomer van 2003 gelijktijdig met de Nota Preventiebeleid zal worden uitgebracht.

In november 2001 bracht de door VWS ingestelde Projectorganisatie interculturalisatie een plan van aanpak uit om de zorg voor *allochtonen* te verbeteren (RVZ, 2000; VWS, 2001d). Drie maatregelen krijgen op korte termijn prioriteit:

- het opzetten van de kennisinfrastructuur met een centraal en onafhankelijk expertisecentrum,
- de versterking van de inbreng van allochtone cliënten en patiënten,
- structurele inbedding van allochtone zorgconsulenten, voorlichters eigen taal en cultuur, en ouderenadviseurs in de patiëntgerichte zorg.

In april 2002 vond een voortgangsoverleg plaats met de Tweede Kamer, waarin vele zaken aan de orde kwamen, waaronder de langzame start van het plan van aanpak als gevolg van de veelomvattende RVZ-aanbevelingen, de ervaringen met allochtone zorgconsulenten en de instroom van allochtonen in de zorg. In de periode 1994-1999 zijn in totaal 12.000 allochtonen in de zorgsector ingestroomd. Bij sommige van de actiepunten in het plan van aanpak worden de grote steden expliciet genoemd, namelijk bij: het organisatorisch inbedden van inschakeling van allochtone zorgconsulenten (vooral in de vier grote steden, maar ook daarbuiten) en het continueren van het stimuleringsbeleid voor huisartspraktijken in achterstandswijken. Verder ligt de verantwoordelijkheid voor allochtone ouderenadviseurs bij de gemeenten. Het NIZW werkt aan een stimuleringsprogramma voor de allochtone ouderenadviseurs (TK, 2002). Zie *tekstblok 4.2* voor de evaluatie van allochtone zorgconsulenten.

Tekstblok 4.2: Evaluatie allochtone zorgconsulenten

De ervaringen met allochtone zorgconsulenten zijn positief. Uit de procesevaluatie van zes experimenten blijkt dat in alle steden de huisartsen de aanwezigheid van de allochtone zorgconsulent waarderen. De belangrijkste gepercipieerde effecten zijn: de verbeterde communicatie, duidelijker beeld van de klachten, de vergrote kennis over ziekte en gezondheid bij de patiënt en de deskundigheidsbevordering bij de huisartsen over de culturele achtergrond van de patiënt. Een minpunt is het gevaar dat de zorgconsulent wordt geconfronteerd met zware psychische en sociale problemen. In een Rotterdams diabetes educatieprogramma voor Turkse diabetespatiënten dat door vrouwelijke zorgconsulenten werd aangeboden, bleek dat het programma positieve effecten op de behandeling had, met name bij de vrouwelijke patiënten (TK, 2002).

De Erasmus Universiteit (EUR) is gevraagd om op basis van een onderzoek naar de stand van zaken een advies uit te brengen over de toekomstige financiering en organisatorische inbedding van allochtone zorgverleners. Dit rapport kwam uit in juni 2002. De voornaamste uitkomsten zijn dat er in 2002 circa 25 FTE allochtone zorgverleners in heel Nederland zijn (verdeeld over een groter aantal personen). De inschatting is dat dit aantal in twee jaar tijd zal groeien naar 45 FTE. Organisatorisch zijn er duidelijke verschillen. Zo zijn er situaties waarin de allochtone zorgconsulent is aangesteld bij de GGD, bij de thuiszorg of in het ziekenhuis (Bruijnzeels & Choté, 2002).

Er is veel VWS-beleidsaandacht voor *marginale groepen*. De afgelopen jaren is er extra geld uitgetrokken om de capaciteit van de maatschappelijke opvang te vergroten. De financieringsregelingen voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang zijn tot één regeling samengevoegd om de onderlinge samenhang en samenwerking in de zorg voor deze twee groepen te vergroten. De 24-uurs bereikbaarheid en de crisisopvang zijn gestimuleerd. Het beschikbare geld is niet uitsluitend voor de grote en middelgrote steden bestemd, maar komt vanzelfsprekend wel voor het grootste deel terecht bij voorzieningen in de grote steden. Dat geldt in de praktijk ook voor het Koppelingsfonds voor de zorgverlening aan illegalen.

Samenwerking in de zorg

Vanwege de grotere verwevenheid van de gezondheidsproblemen van de bewoners in de achterstandswijken van de grote steden met psychosociale problemen en de relatie daarvan met kenmerken van de leefomgeving in de wijk is daar bij uitstek een integrale wijkgezondheidszorg nodig. Het gaat dan niet alleen om samenwerking en samenhang *binnen* de eerste lijn, maar ook om samenwerking van de eerste lijn met andere sectoren binnen en buiten de gezondheidszorg.

VWS stimuleert samenwerking *binnen* de eerstelijnsgezondheidszorg op veel manieren, onder andere in de vorm van stimuleringsregelingen voor (startende) gezondheidscentra. Die kunnen momenteel organisatorisch flexibeler worden vormgegeven dan vroeger toen de zorgverleners in dienst van het gezondheidscentrum waren. Daarnaast stimuleert VWS door het uitdragen van haar visie en een pakket van maatregelen ook andere samenwerkingsrelaties in de eerste lijn, zoals onder andere huisartsen, respectievelijk tandartsen onder één dak (HOED- en TOED-constructies). Hoewel HOED-constructies monodisciplinaire samenwerkingsverbanden betreffen en er in achterstandswijken juist behoefte is aan multidisciplinaire samenwerking, is de veronderstelling dat de huisartsen in een HOED meer mogelijkheden hebben voor multidisciplinaire samenwerking (VWS, 2003). Ziekenfondsen krijgen in het kader van de vernieuwde flexizorgregeling meer ruimte om zorgvernieuwing te financieren (VWS, 2002b).

Als voorbeeld van stimulering van *multidisciplinaire* samenwerking binnen de curatieve gezondheidszorg kan de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ dienen. In de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999 zijn de hoofdlijnen voor het beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg uiteengezet. Eén van de speerpunten betreft de versterking van de eerstelijns GGZ. De eerste lijn moet, aldus de nota, in staat zijn om een groot deel van de psychosociale problematiek en (lichte) psychiatrische stoornissen op te vangen. De huisarts vervult hierbij een belangrijke spilfunctie en werkt nauw samen met de andere twee kerndisciplines in de eerstelijns GGZ, te weten de eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk. Teneinde dit doel te realiseren is een breed scala aan maatregelen getroffen, waaronder capaciteitsuitbreiding van het algemeen maatschappelijk werk, deskundigheidsbevordering van de eerstelijns disciplines, het bevorderen van samenwerking *binnen* de eerste lijn en het bevorderen van samenwerking tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde

GGZ. Tevens wordt onderzocht of de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfonds ondergebracht zou moeten worden (VWS, 2002b).

De stimulering door VWS van samenwerking binnen de *curatieve sector* beperkt zich niet tot de eerste lijn. Ook de samenwerking tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde en intramurale gezondheidszorg wordt gestimuleerd. Een voorbeeld is de consultatieregeling die het mogelijk moet maken dat de eerstelijns GGZ gemakkelijker de hulp kan inroepen van de gespecialiseerde GGZ. Een ander voorbeeld is de stimulering van de zogenaamde transmurale zorg(ketens).

VWS stimuleert ook samenwerking *met en tussen* de zorgsectoren preventie, care, cure en welzijn. Voorbeelden zijn samenwerking tussen de preventieve gezondheidszorg en de eerste en tweede lijn in het kader van programmatische preventie, samenwerking vanuit de openbare GGZ met politie en justitie, samenwerking van jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg, het organiseren van één loket voor zorg en welzijn en samenwerking tussen care voorzieningen en gemeentelijke voorzieningen in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg (regiovisies). Het (verder) ontwikkelen van vermaatschappelijking van zorg staat de komende jaren centraal in de care sector. Het doel ervan is dat psychiatrische patiënten, gehandicapten en ouderen ('kwetsbaren') zo veel mogelijk deelnemen aan de samenleving.

Ook de stimuleringsregelingen om samenwerking te bevorderen zijn gewoonlijk *landelijk* van aard. In een aantal gevallen wordt in de beleidsnota's de extra noodzaak voor samenwerking in achterstandswijken expliciet genoemd, zoals bij de stimulering van gezondheidscentra of is het indirect duidelijk door de beschrijving van de doelgroepen waarop de zorg zich richt, zoals in het geval van de openbare GGZ. In het kader van de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen subsidieert VWS het project 'geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag'.

(Dreigende) huisartstekorten

Eind 2001 heeft de minister een vijfjarig plan van aanpak 'capaciteit zorgverleners' aan de Tweede Kamer aangeboden, gericht op met name de vrijgevestigde beroepen zoals (tand)artsen en verloskundigen (VWS, 2001e). In dit plan wordt uitgegaan van drie speerpunten die in onderlinge samenhang moeten worden aangepakt: forse uitbreiding van de opleidingscapaciteit, differentiatie binnen de opleidingen en taakherstelling tussen de beroepen.

Naast de vergroting van de capaciteit van de huisartsenopleiding, bereidt VWS in het kader van de modernisering van de huisartsenzorg ook een aantal andere maatregelen voor die gericht zijn op het aantrekkelijker maken van het huisartsenberoep, zoals de scheiding van inkomen en praktijkkosten, lokale differentiatie van de vergoeding van de praktijkkosten, facilitering van de infrastructuur, producttypering, huisartsendiensten voor avond-, nacht- en weekendzorg en een Taskforce knelpunten huisartsenzorg (VWS, 2001f). Een deel van deze maatregelen is ondertussen ingevoerd (VWS, 2003).

VWS en VNG werken samen om gemeenten (waaronder dus ook de grote steden) voor te lichten welke mogelijkheden er zijn om het vestigingsklimaat voor huisartsen aantrekkelijker te maken. Die mogelijkheden liggen ook in een aantal voorwaarden-scheppende instrumenten die gemeenten ter beschikking staan zoals de aanpassing van bestemmingsplannen, het berekenen van aanvaardbare grondprijzen, het mee helpen zoeken naar goede praktijkpanden, het versnellen van gemeentelijke procedures, het met voorrang verstrekken van parkeervergunningen en het vergroten van de veiligheid rond praktijkruimtes. VWS vraagt van gemeenten op dit punt een actievere rol dan een aantal jaren geleden. De VNG schreef in dit kader in januari 2002 een brief aan haar leden om dit gezamenlijke standpunt uit te dragen (VNG, 2002).

Om het werken in achterstandswijken in de grote steden voor huisartsen aantrekkelijker te maken, krijgen huisartsen die daar werken een extra honorarium en is het Huisartsenachterstandsfonds ingesteld. Zie *paragraaf 4.2.2* voor een uitgebreidere beschrijving van de projecten die door het Huisartsenachterstandsfonds worden gefinancierd. Gezien het streven om de verschillende generieke financieringsmodules met betrekking tot de huisartsenzorg te laten vervallen (VWS, 2003) en deze op te nemen in een nieuwe financieringsstructuur met daarbinnen ruimte voor zorgverzekeraars om lokale toeslagen toe te kennen, is de toekomst van deze twee regelingen voor huisartsen in achterstandswijken als *herkenbare* specifieke maatregelen onduidelijk.

Knelpunten op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden

De minister van VWS heeft géén verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector (verzorgenden en verpleegkundigen), omdat het zorgpersoneel niet in dienst is van de overheid. De sociale partners zijn primair verantwoordelijk. De overheid is wel sterk betrokken bij de arbeidsmarkt. De overheid stelt immers het budget voor de zorg beschikbaar en is aanspreekbaar op de maatschappelijke gevolgen van personeelskrapte in de zorgsector. Daarom stimuleert en faciliteert het departement het arbeidsmarktbeleid (VWS, 2001g).

Omdat de arbeidsmarkt in elke regio anders is, stimuleert VWS een *regionale* aanpak. VWS ziet de regio als een goede schaalgrootte voor samenwerking tussen instellingen. In het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) van 1998 hebben VWS, sociale partners en Arbeidsvoorziening een gezamenlijke inzet afgesproken, gericht op het 'halen, hebben en houden' van verplegend en verzorgend personeel. De maatregelen variëren van verbetering van de arbeidsomstandigheden, vermindering van het ziekteverzuim en de invoering van de WAO-begeleiding tot verbetering van de beeldvorming van beroepen in de zorg en kinderopvang.

VWS voert dus géén specifiek grootstedelijk arbeidsmarktbeleid. Het departement reageert dan ook afhoudend op verzoeken van zorginstellingen en gemeentebesturen in de vier grote steden om extra geld beschikbaar te stellen in de budgetten van de zorginstellingen voor een zogenaamde grotestedentoeslag. De zorginstellingen denken aan een maandelijkse toeslag op het salaris voor ieder nieuw personeelslid (Platform Zorginstellingen Grote Steden, 2003; Binnenlands Bestuur, 2003). Voor deze

opstellingen geeft VWS een reeks argumenten:

- het salaris wordt vastgesteld in CAO-onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers in de zorgsector. Dat is geen zaak van het Ministerie,
- de zorginstellingen hebben bovendien al voldoende instrumenten om gewenste toeslagen te verstrekken. Ze hebben de vrijheid om naar boven af te wijken van de CAO,
- andere maatregelen om het werk aantrekkelijk te maken moeten op lokaal niveau worden getroffen door samenwerking tussen zorgaanbieders, stadsbesturen en zorgverzekeraars. Deze regionale samenwerkingsverbanden krijgen van de landelijke overheid stimuleringsgelden, zodat zij activiteiten kunnen opzetten die rekening houden met regionale verschillen in arbeidsmarktproblematiek,
- in de budgetten en tarieven in de zorg wordt rekening gehouden met regionale verschillen in zorgzwaarte (via de zogenaamde beleidsregels van het CTG),
- personeelstekorten in de verpleging en verzorging treffen niet alleen de grote steden, zijn dus geen specifiek grote steden probleem, en rechtvaardigen daarom niet een uitzonderingspositie voor de zorginstellingen in de grote steden.

Desalniettemin reageert VWS wel op de signaleerde knelpunten in de grote steden. Er zijn onlangs op verzoek van VWS gegevens over vacatures beschikbaar gekomen op gemeentelijk en stedelijk niveau. Deze gegevens bevestigen dat in ieder geval in bepaalde (maar niet in alle) grote steden de arbeidsmarktproblematiek voor verpleegkundigen en verzorgenden op dit moment ernstiger is dan elders (*zie paragraaf 2.4.2*). Daarnaast laat VWS nader onderzoek instellen naar de regionale differentiatie op de arbeidsmarkt, met specifieke aandacht voor de grote steden.

Relatie van VWS met de gemeentebesturen van de grote steden en met het grotestedenbeleid

Relatie met gemeenten

VWS spreekt de grote steden allereerst aan in hun functie als gemeente. In de afgelopen 15 jaren zijn op het terrein van preventie, openbare gezondheidszorg en welzijn een groot aantal landelijke overheidstaken gedecentraliseerd naar gemeenten. Deze decentralisering komt in een aantal wetten tot uitdrukking (*zie tabel 4.1*).

Belangrijk is de verplichting dat alle gemeenten in Nederland vanaf juli 2003 eens in de vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten uitbrengen. Die verplichting is opgenomen in de herziene WCPV. Een groot aantal gemeenten heeft de afgelopen jaren al

Tabel 4.1: Decentralisatie van bevoegdheden naar gemeente op het terrein van preventie en welzijn.

Welzijnswet	1987
Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)	1989
Financiering van het Algemeen Maatschappelijk Werk	1989
Wijziging Welzijnswet	1994
Maatschappelijke opvang	1994
Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)	1994
Herziening Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	2002
Dienstverleningsstelsel WVG	In discussie

zo'n nota gemaakt. Gemeenten gebruiken deze nota's ook om hun beleid ten aanzien van de zorg uiteen te zetten. In 2002 zijn de nota's gezondheidsbeleid van ruim honderd gemeenten vergeleken. De toegankelijkheid van voorzieningen wordt door 65% van de gemeenten als aandachtspunt genoemd. Eén op de drie gemeenten noemt het (dreigend) tekort aan eerstelijnszorg. Driekwart van de gemeenten zegt over onvoldoende middelen en informatie te beschikken om het gezondheidsbeleid op een goede manier vorm te geven en uit te voeren. Het ontbreekt vooral aan geld, ambtelijke capaciteit, directe bevoegdheden en bij één op de drie gemeenten aan politieke urgentie (Kornalijslijper et al., 2002). De bevindingen zijn niet uitgeplitst naar gemeentegrootte.

Relatie met de grote steden

De gemeentebesturen van de grote en middelgrote steden leggen wat betreft de gezondheidszorg de nadruk op drie actuele knelpunten waarbij zij de hulp van de landelijke overheid vragen: de tekorten aan zorgpersoneel, de zorg voor verslaafden en de vermindering van SEGV, en de samenwerking rond wonen, zorg en welzijn (de AWBZ-zorg) (Manifest G4, 2001; Memorandum G21, 2002). Op het gebied van de zorg voor verslaafden wordt het gemakkelijkst overeenstemming met de landelijke overheid bereikt. Op de twee andere gebieden ligt dat moeilijker. De achtergronden waarom het vinden van overeenstemming over een grotestedentoeslag voor zorgpersoneel moeilijk is, zijn hierboven al aan de orde geweest.

De factoren die het moeilijk maken om met de landelijke overheid tot overeenstemming te komen over de AWBZ-gefinancierde zorg liggen in de verschillende financieringsregimes van de gemeentelijke voorzieningen en de AWBZ-voorzieningen. De verantwoordelijkheid voor de besteding van de AWBZ-gelden ligt bij de verzekeraars (zorgkantoren). Het voornaamste probleem ligt, aldus VWS, in het verzekeringskarakter van de AWBZ. Rechtstreekse overheveling van AWBZ-gelden naar gemeenten is daardoor niet mogelijk. De tegenstelling tussen VWS en de gemeentebesturen ligt niet in verschil van mening over de maatschappelijke wens tot zelfstandig wonen. Ook zijn VWS en grote steden het erover eens dat extramuralisering leidt tot een toenemende druk op gemeentelijke voorzieningen en daarmee op de financiële inspanning die van gemeenten verwacht wordt. Gemeentebesturen zijn immers verantwoordelijk voor een aantal voorzieningen op het gebied van wonen, verzorging en vervoer, zoals o.a. de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de Welzijnswet. Tezamen met de medische zorg (cure) en de AWBZ-gefinancierde zorg (care) moeten deze voorzieningen het ouderen en gehandicapten mogelijk maken om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en zo zelfstandig mogelijk deel te nemen aan de maatschappij. Hiervoor zijn ook meer aangepaste woningen nodig (Driest, 2001; Hooijmeijer et al., 2001; Kwekkeboom, 2001; RVZ, 2002; VWS, 2002a).

Relatie met grotestedenbeleid

Het grotestedenbeleid ging in 1995 van start. Met de steden zijn afspraken gemaakt dat het grotestedenbeleid door zal lopen tot 2010 (BZK, 2002ab). In het grotestedenbeleid ligt een belangrijk accent op een integrale aanpak van problemen, ontschot-

ting tussen beleidssectoren, het verminderen van regels en het afrekenen op resultaat. Vanuit VWS heeft de samenwerking met het grotestedenbeleid in de lopende convenantsperiode vooral gestalte gekregen vanuit de jeugdzorg en de maatschappelijke opvang. Een belangrijke methode om tot een integrale aanpak te komen ligt in het organiseren van ketenzorg: het bevorderen van de samenhang voor maatschappelijke doelgroepen zoals jeugd en dak- en thuislozen, beginnend bij preventie en eindigend bij rehabilitatie.

Op dit moment wordt ook aan de samenwerking tussen de preventieve sector (gezondheidsbeleid) en het grotestedenbeleid vorm gegeven. Bevordering van de gezondheid en vermindering van gezondheidsachterstanden worden als doel opgenomen in de volgende ronde van het grotestedenbeleid die in 2005 in gaat (VWS, 2001e; BZK, 2002ab). Inmiddels fungeert een werkgroep van VWS, BZK en gemeentebtenaren van grote steden om hier invulling aan te geven.

Het grotestedenbeleid van VWS is (nog) niet of nauwelijks betrokken op het cure- en carebeleid. De voornaamste hinderpaal voor een sterkere band van de curatieve en care sectoren met het grotestedenbeleid ligt in het verzekeringskarakter van de gezondheidszorg. Gezien de integratieve doelstelling van het grotestedenbeleid en de gemeentelijke taken op het gebied van ruimtelijke ordening lijkt het zinvol, en vermoedelijk ook kansrijk, om het grotestedenbeleid een stimulerende rol te laten spelen bij het oplossen van de knelpunten in de fysieke infrastructuur van de eerstelijnszorg in de grote steden en actiever in te zetten bij de vormgeving van woon-zorgvoorzieningen.

Conclusie

VWS heeft binnen de curatieve en care sector op veel beleidsterreinen *indirecte* aandacht voor de zorgproblematiek in de grote steden. VWS reageert dan ook regelmatig op knelpunten die door zorgverleners of andere partijen uit de grote steden naar voren worden gebracht. Maar vanwege de primaire verantwoordelijkheid om landelijk beleid te maken is dit in beleidsstukken niet altijd duidelijk. Bij knelpunten in de zorg in de grote steden streeft VWS naar algemeen geldende maatregelen die ook buiten de grote steden toepasbaar zijn.

VWS streeft steeds meer naar flexibele financiële regelgeving om op die manier ruimte te scheppen voor lokaal benodigde variatie in aard en omvang van het zorgaanbod. Binnen de curatieve en care sector decentraliseert VWS steeds meer bevoegdheden naar de zorgverzekeraars. Het zal dan ook vooral van de zorgverzekeraars gaan afhangen of in de toekomst het beoogde maatwerk in de grote steden tot stand komt.

Andere onderdelen van het VWS-beleid zijn meer *direct* gericht op de zorgproblematiek in de grote steden, met name de doelgroepgerichte beleidsonderdelen die gericht zijn op bevolkingsgroepen met gezondheidsachterstand. Voortzetting en verdere stimulering van dat beleid is een zichtbare manier om aan een aantal specifieke zorgproblemen in de grote steden tegemoet te komen.

VWS stimuleert door middel van een groot aantal landelijke maatregelen samenwerkingsprojecten binnen en buiten de eerste lijn. Ook samenwerking met terreinen buiten de gezondheidszorg wordt gestimuleerd, onder andere in de jeugdzorg, ouderenzorg, maatschappelijke opvang, de preventie en het grotestedenbeleid. De verbetering van de samenwerking tussen gemeentelijke voorzieningen en de AWBZ-gefinancierde zorg wordt bemoeilijkt door de verschillende financieringsstructuren.

VWS heeft zelf slechts een beperkt beleidsinstrumentarium om iets aan de extra tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden in de drie grote steden te doen. Wel stimuleert VWS het arbeidsmarktbeleid op regionaal niveau en doet het een beroep op gemeentebesturen om faciliterende maatregelen te treffen die het voor huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker maken om in de stad te gaan werken.

4.2.2 Welke projecten financiert het huisartsenachterstandsfonds?

J. Habraken, W. Devillé, D. de Bakker

Het huisartsenachterstandsfonds is in brede zin ingezet ter bevordering van de toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg in de grote steden. Om dit doel te bereiken is een groot aantal projecten uitgevoerd, variërend van het opzetten van een dienstenstructuur tot het inschakelen van voorlichters eigen taal en cultuur. Per stad zijn andere accenten gelegd. Succesvolle projecten vinden in andere steden navolging.

Inleiding

Sinds 1996 reserveert het ministerie van VWS jaarlijks ongeveer 9 miljoen euro ter versterking van de positie van huisartsen in achterstandsgebieden in de grote steden. De helft van dat geld wordt gebruikt als toeslag op het inkomen van huisartsen in achterstandsgebieden. De andere helft komt terecht in zogenaamde achterstandsfondsen, die voor iedere stad worden beheerd door de District Huisartsen Vereniging (DHV) samen met de regionale zorgverzekeraars. Het doel van de achterstandsfondsen is de bevordering van: het behoud van de beschikbaarheid van kwalitatief goede huisartsenzorg in achterstandsgebieden, het opheffen van de discrepantie tussen werklust en inkomen, en het behoud van het plezier in het werk van de huisartsen in achterstandsgebieden (LHV, 1996). Zie *tekstblok 4.3* voor de werkwijze van de fondsen.

In deze paragraaf gaan we in op de besteding van de fondsen. We proberen antwoord te geven op de volgende vragen: welke projecten zijn er uitgevoerd, wat waren hun doelen en middelen?

Deze paragraaf is gebaseerd op resultaten van het eerste deel van het evaluatie-onderzoek dat het NIVEL uitvoert in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging

Tekstblok 4.3: Werkwijze achterstandsfondsen

De achterstandsvergoeding voor huisartsenzorg is vanaf 1 juli 1996 van kracht en is tweeledig. Het houdt ten eerste in dat huisartsen een toeslag krijgen op het abonnementstarief van 6,70 voor iedere ziekenfondspatiënt die woonachtig is in een erkend achterstandsgebied. Daarnaast wordt een bedrag van 7,10 gestort in een lokaal achterstandsfonds dat wordt beheerd door de lokale huisartsenvereniging (DHV) en de regionale zorgverzekeraar. De grootte van de fondsen is dus afhankelijk van het aantal ziekenfondsverzekerden woonachtig in erkende achterstandsgebieden. Uit het achterstandsfonds kunnen projecten worden gefinancierd die gericht zijn op het ver-

beteren van de positie van de individuele huisarts in het betreffende achterstandsgebied.

Achterstandsgebieden worden middels een bepaalde systematiek geïdentificeerd op het niveau van 4-cijferige postcodegebieden. Deze systematiek is in het najaar van 1995 voor het eerst ontwikkeld op verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (van der Velden et al, 1997). In 1999 is de systematiek aangepast (Verheij et al. 1998) en gebaseerd op het gemiddelde inkomen, stedelijkheid, percentage uitkeringsgerechtigden en percentage allochtonen.

(LHV). In de tweede fase van het onderzoek wordt ook gekeken naar de effecten van de achterstandsfondsen en de toeslag op het inkomen van huisartsen in achterstandsgebieden op de werkbeleving van de huisarts. De resultaten van deze fase waren echter nog niet bekend bij het schrijven van dit rapport.

Methode

Alle aanwezige documentatie bij District Huisartsen Verenigingen (DHV) over de gefinancierde projecten is verzameld en geanalyseerd. Per stad zijn alle projecten door de onderzoekers gescoord en is nagegaan hoeveel projecten er op grond van welke doelstellingen in aanmerking kwamen voor financiering. Alleen de inhoudelijke informatie van de achterstandsfondsen in Utrecht en Zuid-Oost-Brabant kon niet op tijd worden aangeleverd.

Resultaten

Omvang van de achterstandsfondsen

De omvang van de fondsen is afhankelijk van het aantal ziekenfondsverzekerden woonachtig in erkende achterstandsgebieden (zie tekstblok 4.3). De fondsen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag zijn het grootst. Tezamen ontvangen zij 75% van het totale budget (zie tabel 4.2).

Het percentage van het totaal beschikbare budget dat al is besteed, varieert. In Amsterdam is dit 89%, in Rotterdam 76% en in Den Haag 82%. Het restant bestaat uit voorzieningen voor toekomstige projecten. Het percentage van de totale uitgaven dat binnen alle drie de fondsen is besteed aan projecten, is ongeveer gelijk (respectievelijk 83%, 85% en 84%).

Criteria voor het honoreren van subsidieaanvragen

De LHV heeft in de beginfase van het achterstandsfonds een kader geschetst waarbinnen de afzonderlijke DHV-en, in samenwerking met de regionale zorgverzekeraars, vrij waren om zelf invulling te geven aan het beleid. Kern van het beleidskader vorm-

Tabel 4.2: Omvang van de achterstandsfondsen

Achterstandsfonds	Budget ¹ per stad per jaar in euro's (x 1.000)	% van totaal
Amsterdam	1.630	35
Rotterdam	1.165	25
Den Haag	755	16
Arnhem	220	5
Twente (Enschede, Almelo)	180	4
Utrecht	150	3
Groningen	144	3
Zuid Oost Brabant (Eindhoven, Helmond)	105	2
Nijmegen	95	2
Westland/Schieland/Delfland (Schiedam)	90	2
Leeuwarden	80	1,7
Stedendriehoek (Zutphen, Deventer)	34	0,7
Limburg (Maastricht)	24	0,5
Gooi Eemland Baarn (Baarn)	3	0,1
Totaal	4.680	100

1. exclusief rente en voordelen uit beleggingen.

de een set van acht criteria: het verlagen van de werklust van de huisarts door middel van extra assistentie in de praktijk of door praktijkverkleining, het verlagen van de werklust tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten, het verbeteren van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, het verbeteren van de poortwachterpositie van de huisarts, de stimulering van gepast gebruik van de zorg, de stimulering van specifiek beleid voor doelgroepen of het bevorderen van samenwerking met andere disciplines. Afzonderlijke projecten moesten voldoen aan één of meer van deze criteria om in aanmerking te komen voor financiering uit het achterstandsfonds (LHV, 1996). Op regionaal niveau bestaat voor de betreffende DHV en zorgverzekeraar de vrijheid om nog aanvullende criteria op te stellen. Hier is bewust voor gekozen omdat de behoeften van huisartsen lokaal kunnen verschillen.

Alle gefinancierde projecten passen inhoudelijk in het door de LHV geformuleerde beleidskader en voldoen aan een of meer van de daarin gestelde criteria. Bevordering van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg is zeer vaak een bewust doel geweest van projecten in alle steden, evenals de verbetering van de positie van de huisarts als poortwachter. Geen enkel project, in geen enkele stad, had *direct* tot doel de werklust te verminderen door praktijkverkleining. Dit is een doelstelling die vaker indirect wordt behaald.

Beschrijving van de projecten

Bijlage 13 geeft een overzicht van de gehonoreerde projecten voor elk van de drie grote steden en voor de overige steden. Daarbij is een indeling gemaakt in praktijkorganisatie, personeel, praktijkondersteuning, logistiek en opleiding. *Tekstblok 4.4* beschrijft een aantal voorbeelden van gehonoreerde projecten.

Tekstblok 4.4: Voorbeelden van projecten die gefinancierd zijn met behulp van het Huisartsen-achterstandsfonds

Huisartsen Onder Eén Dak (HOED)

Dit betreft samenwerking tussen huisartsen die samen een gemeenschappelijke huisvesting aangaan. De samenwerking tussen huisartsen binnen een HOED kan op vele verschillende manieren vormgegeven worden, zowel op organisatorisch als op juridisch en financieel gebied (AOF, 2001). Door huisvesting onder een dak is een aantal schaalvoordelen te behalen, zoals:

- betere kwaliteit van zorg door differentiatie en delegatie van taken, toetsing en scholing en het ontwikkelen van zorgprogramma's,
- betere arbeidsvoorwaarden zoals de mogelijkheid van deeltijdwerk, vrije dagdelen en een leeftijdsbewust loopbaanbeleid,
- meer comfort en veiligheid voor dokters, assistenten en andere medewerkers, die immers minder geïsoleerd hun werk doen,
- meer service aan patiënten, onder meer doordat er effectiever gebruik kan worden gemaakt van verschillende vormen van praktijkondersteuning, zoals VETC'ers, sociaal-paedagogische verpleegkundigen (SPV'ers), praktijkverpleegkundigen en extra praktijkassistentie.

Huisartsendienstenstructuur

Eén van de grootste problemen voor huisartsen in achterstandswijken bleken de diensten buiten kantooruren te zijn. Zowel in Rotterdam als in Amsterdam was volgens de betrokken huisartsen de meeste behoefte aan ondersteuning bij deze diensten. Rotterdam is de eerste stad geweest waarin een totale reorganisatie van de dienstenstructuur heeft plaatsgevonden. Later volgden meer grote en middelgrote steden. Inmiddels zijn de diensten in bijna alle steden centraal geregeld. Het idee is dat wanneer de avond-, nacht- en weekenddiensten centraal worden geregeld, de dienstdoende huisarts minder vaak dienst hoeft te draaien, maar dan wel voor een groter gebied met meer patiënten. Dat de behoefte aan een dergelijke structuur in de achterstandswijken is ontstaan, is te begrijpen wanneer we de omstandigheden van de betrokken huisartsen bekijken. Huisartsen in achterstandswijken hebben te maken met veel-eisende, soms agressieve patiënten. De huisarts voert praktijk midden in de wijk en heeft daar vaak ook zijn woonadres. Dit kan aanleiding zijn tot een hoge ervaren werkdruk omdat de huisarts moeilijk los kan komen van zijn werk. Met de reorganisatie van de dienstenstructuur is er, onder andere, een fysieke scheiding mogelijk geworden tussen praktijkadres en woonadres van de achterstandshuisarts. Dit geeft de nodige rust en een enorme verhoging van het werkplezier.

Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC)

VETC is de overkoepelende naam voor onder andere allochtone zorgconsulenten en migrantenvoorlichters. De voorlichters werken als intermediair tussen de huisarts en de allochtone patiënt. Er bestaan voorlichters in de meeste in Nederland voorkomende nationaliteiten, zoals Turks, Marokkaans, Surinaams, Ghanees, Chinees et cetera. De voorlichters informeren patiënten vanuit de eigen taal en vanuit dezelfde culturele achtergrond over basisgezondheid en preventie. Bij hulpvragen die niet bij de huisarts thuishoren, kunnen ze de patiënten doorverwijzen naar de juiste instanties. De meeste voorlichters hebben hun eigen spreekuur waarnaar de huisarts de patiënt verwijst.

Enkele citaten van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur illustreren hun functie nog iets concreter:

“Je merkt dat mensen meer inzicht krijgen in hun ziekte. Als je één keer een goede uitleg geeft over diabetes, begrijpen ze echt hoe het zit. Ook kunnen ze zich beter verstaanbaar maken bij de huisarts. Over veel onderwerpen hebben we folders in het Turks en het Arabisch, zodat mensen het thuis nog eens rustig na kunnen lezen”.

“Chinezen geloven dat je ziek kunt worden omdat je uit evenwicht bent en dat idee kent de westerse geneeswijze niet”.

“Een huisarts verwees laatst een patiënt voor instructie over de anticonceptiepil. Toen ik uitlegde wanneer de vrouw de eerste pil zou moeten slikken, bleek dat ze juist wel zwanger wilde worden. Ze was naar de huisarts gegaan omdat ze gehoord had dat die medicijnen heeft om sneller zwanger te raken”.

“Nederlandse artsen benaderen patiënten met een nauw blikveld, kijken alleen naar het lichaam. Na een groet vallen ze meteen met de deur in huis door te vragen naar de klacht. Als ze eerst belangstelling zouden tonen voor de thuissituatie, dan voelt de patiënt zich kalm en zal eerder alles vertellen”.

Literatuur: ZAO Nieuwsbrief 2 1999; GG&GD magazine juli/aug 1999; Bijeen nov 2001; Medisch Vandaag no. 19 nov 2001.

Ontwikkeling van nuldelijsstandaarden (ook wel genoemd 'tips voor de thuisdokter')

In de achterstandswijken in de grote steden komen mensen vaker met hulpvragen die eigenlijk niet bij de huisarts thuishoren en men heeft vaak een geringe zelfredzaamheid (Van Dierendonck et al., 1992). In dit project wordt een boekje uitge-

(vervolg tekstblok 4.4)

deelt aan patiënten, waarin allerlei veel voorkomende kwaaltjes zoals keelpijn, griep, hoesten, stress et cetera worden beschreven. Per kwaal worden de klachten en symptomen op een gestructureerde manier gepresenteerd om zo de patiënt te stimuleren meer aandacht te besteden aan zelfzorg. De bedoeling is dat patiënten eerst de nuldelijnsstandaarden raadplegen voordat ze naar de huisarts komen. In sommige steden zijn deze standaarden ten behoeve van allochtonen ook vertaald in andere talen. De bijbehorende adviezen zijn gebaseerd op NHG-standaarden.

Beveiliging en herstel van schade na vandalisme
 In achterstandswijken gebeurt het maar al te vaak dat praktijkpanden en multifunctionele panden worden vernield en/of dat er wordt ingebroken. Met name panden waar niet continu personele bezetting aanwezig is, zijn vaak een gewild doelwit voor inbraken of vernielingen zoals het

gooien van stenen door ruiten, bijvoorbeeld tijdens de ontwikkeling van een HOED-praktijk of gezondheidscentrum. In enkele grote steden is geld uit het achterstandsfonds besteed voor extra beveiliging van deze panden. Met name gaat het hier om preventieve maatregelen zoals het plaatsen van rolluiken en het aanleggen van anti-inbraak alarminstallaties.

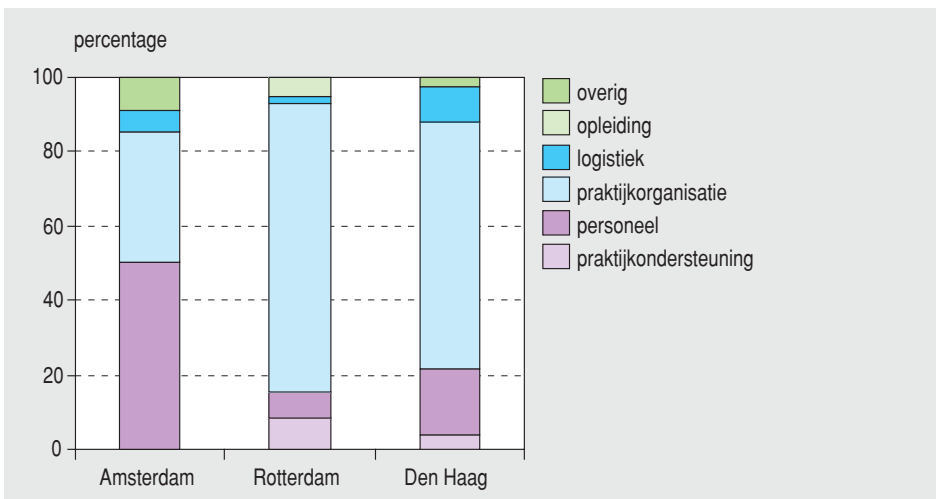
Cursus effectief telefoneren

Dit is een voorbeeld van nascholing voor dokters-assistentes die in enkele steden wordt aangeboden. In deze cursus leren doktersassistentes technieken aan om op een effectieve en patiënt-gerichte manier de telefoon op te nemen. Door samen te oefenen in kleine groepjes worden er ervaringen uitgewisseld en door het inzetten van een acteur worden lastige telefoongesprekken geoefend.

Verschillen in besteding tussen de steden

Figuur 4.1 geeft een onderverdeling van de projectgebonden uitgaven binnen de drie grote steden naar het bestedingsdoel. Een vergelijking is vrij lastig te maken, omdat de steden zeer verschillende manieren gevonden voor de financiële verantwoording. Maar figuur 4.1 geeft desondanks enig inzicht.

In Amsterdam is meer dan de helft van de projectgebonden uitgaven (51%) besteed aan projecten in de categorie personeel. Het gaat dan met name om extra praktijkassistentie, maar ook om praktijkverpleegkundigen en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC). In Rotterdam is het overgrote deel (78%) besteed aan praktijkorganisatie.



Figuur 4.1: Besteding van de achterstandsfondsen in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag.

Dit betreft vooral de herstructurering van de dienstenstructuur. Ook in Den Haag is deze categorie de meest voorkomende (66% van het projectbonden budget); hier is dit budget met name besteed aan HOED-vorming en andere vormen van verbouwing en nieuwbouw van praktijkpanden.

Binnen de kleinere fondsen is in vergelijking met de drie grote steden relatief veel aandacht besteed aan praktijkondersteuning en personeel en minder aan praktijkorganisatie en logistiek. Dit is niet verrassend, gezien het feit dat zij minder geld hebben en er met minder geld over het algemeen minder structurele verplichtingen kunnen worden aangegaan, zoals vereist is bij herstructurering van de dienstenstructuur of HOED-vorming. Overigens is er ook aan projecten op dit terrein geld besteed binnen de kleinere fondsen, maar dit betrof dan met name advies en ondersteuning.

Conclusie

De vele uitgevoerde projecten passen inhoudelijk alle binnen het door de LHV geformuleerde beleidskader. Er zijn duidelijke verschillen tussen de drie grote achterstandsfondsen onderling en tussen de grote en overige steden in de typen projecten waaraan het geld is besteed. Dit stemt overeen met de oorspronkelijke bedoeling. In de oprichtingsfase van de achterstandsfondsen is namelijk afgesproken dat de gelden regionaal verschillend besteed mogen worden omdat de problemen die de huisartsen in achterstandswijken in de grote steden ervaren, niet overal precies dezelfde zijn.

Over de effecten van de verschillende projecten is weinig bekend. Medio 2003 zullen de resultaten van de tweede fase van de evaluatiestudie verschijnen. Wel kan nu al gezegd worden dat een aantal projecten een voorbeeldfunctie heeft vervuld en tot navolging heeft geleid. Zo wordt momenteel gestreefd naar structurele financiering van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC-ers) en hebben de dienstenstructuren tot landelijke navolging geleid.

4.3 Wat doen de grote steden?

4.3.1 Wat is het gemeentelijk zorgbeleid van de grote steden?

T. Plochg, N.S. Klazinga

Gemeentebesturen van grote steden raken in toenemende mate betrokken bij de lokale gezondheidszorg (cure en care). Personeelstekorten, gebreken in de samenhang in de zorg voor kwetsbare groepen en de benodigde zorgvoorzieningen in nieuwbouw - en herstructureringswijken vragen om aandacht.

Gemeenten hebben van oudsher een rol gespeeld bij de vormgeving van de gezondheidszorg. De inhoud van deze rol fluctueert echter, mede als gevolg van wetgeving. Momenteel is de gemeentelijke rol beperkt. Gemeenten hebben wel bestuurlijke ver-

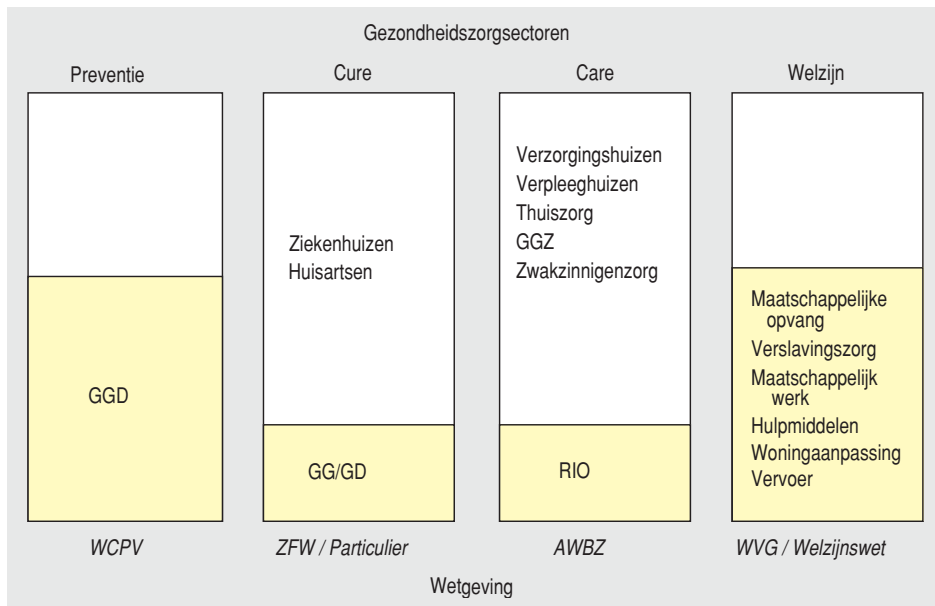
antwoordelijkheden en bevoegdheden in de preventieve gezondheidszorg en in de welzijnssector, maar ontberen die in de curatieve en de care sector. Toch leiden de in de vorige hoofdstukken geschetste grootstedelijke ontwikkelingen en problemen ertoe dat gemeenten van grote steden in toenemende mate *voorwaardenscheppend en coördinerend* beleid ontwikkelen op het terrein van de gezondheidszorg. Deze paragraaf verkent achtergronden en inhoud van deze beleidsontwikkeling aan de hand van de volgende vraagstelling:

1. Wat is de (historische) rol van de grote steden bij de vormgeving (sturing) van de lokale gezondheidszorg?
2. Wat is de inhoud van het huidige lokale (gezondheids)zorgbeleid van de grote steden?

De eerste vraag wordt beantwoord op basis van literatuuronderzoek, de tweede vraag op basis van een verkennend onderzoek naar het lokale gezondheidszorgbeleid in acht grote steden.

De gemeentelijke rol in vier onderscheiden zorgsectoren

De gemeentelijke verantwoordelijkheden en taken binnen de huidige Nederlandse gezondheidszorg zijn in *figuur 4.2* schematisch weergegeven. In deze figuur wordt een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende sectoren: de preventiesector, de curatieve (cure) sector, de care sector en de welzijnssector. De gemeentelijke inbreng verschilt per sector doordat iedere sector zijn eigen kader voor wet- en regelgeving heeft. Met deze kaders hangen vervolgens ook verschillende vormen van financiering en betaling samen. Zie *tekstblok 4.5* voor een beschrijving hiervan voor de afzonderlijke sectoren.



Figuur 4.2: Bestuurlijke verantwoordelijkheden van gemeenten binnen de vier zorgsectoren; het gekleurde gedeelte geeft globaal de inbreng van de gemeenten weer.

De sectorale organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg wordt in toenemende mate als problematisch beschouwd. Ontwikkelingen zoals de ‘dubbele vergrijzing’, de toename van het aantal chronisch zieken, de technologische vooruitgang, de vermaatschappelijking van de zorg en de extramuralisering maken dat de samenhang tussen de sectoren essentieel is om de gezondheidsproblematiek in Nederland adequaat tegemoet te kunnen treden (Delnoij et al., 2001). De vier sectoren met hun wettelijke en financiële kaders blokkeren deze noodzakelijke ontwikkeling en worden om die reden ook wel silo’s genoemd. Voorbeelden van het gebrek aan samenhang zijn de ‘verkeerde-bed-problematiek’ (afstemming cure en care) en de scheiding tussen collectieve preventie door de GGD (bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg) en individuele preventie door de huisarts.

De landelijke overheid tracht met de stelselwijziging deze belemmeringen weg te nemen. Door meer afstand te nemen, marktmechanismen te introduceren, een basisverzekering in te voeren en de belemmerende wet- en regelgeving te dereguleren, zou het veld meer ruimte krijgen om dwarsverbanden tussen de verschillende sectoren te creëren. Het zorgaanbod zou hierdoor beter kunnen worden afgestemd op de zorgvraag (VWS, 2001).

De voorgenomen stelselwijziging impliceert echter wel dat de gemeentelijke rol binnen het nieuwe zorgstelsel beperkt blijft, in de zin dat de bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet worden uitgebreid. Het is vervolgens de vraag hoe gemeenten van grote steden inspringen op de uitdagingen die de grootstedelijke zorgproblematiek met zich meebrengt.

Tekstblok 4.5: Gemeentelijke verantwoordelijkheden en taken in de vier zorgsectoren

Preventie

De eerste silo omvat de preventieve gezondheidszorg, waarin gemeenten een aanzienlijke rol hebben vanuit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Deze wet die in 1989 van kracht werd en recent is herzien, verplicht gemeenten zorg te dragen voor de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid. Dit beleid wordt in de praktijk uitgevoerd door meerdere publieke en private instanties waaronder de GGD (Van der Lucht & Verkleij, 2001). Als gemeentelijke instantie heeft de GGD binnen de preventiesector een duidelijk omschreven rol. Het takenpakket omvat uiteenlopende activiteiten zoals het monitoren van de gezondheidssituatie van de bevolking, het afstemmen van preventie en curatieve zorg, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke besluitvormingsprocessen betreffende het leefmilieu, het zorgdragen voor een structuur voor de uitvoering van preventieprogramma’s, de jeugdgezondheidszorg, de infectieziektebestrijding en de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). De meeste taken hebben een lange traditie die terug te voeren is naar de 19e eeuw. In die

periode ontstond het besef dat het bevorderen van de openbare hygiëne en een gezond leefmilieu effectief is om de volksgezondheid te bevorderen. In de loop van de 20ste eeuw hebben gemeenten via het gezondheidsbeleid hun preventietaken verder uitgebouwd. De huidige ontwikkelingen (o.a. opkomst genetica en kennis over individueel risicogedrag) maken nieuwe vormen van preventie mogelijk. De uitvoering van deze nieuwe preventietaken maken samenwerking met de curatieve (cure) sector noodzakelijk. Denk bijvoorbeeld aan individuele voorlichting aan rokers met een verhoogd cholesterolgehalte (RVZ, 2001).

Cure

De tweede silo is de curatieve sector (cure) waarin het diagnosticeren en behandelen van ziekten centraal staat. Artsen en kruisverenigingen waren in de 19e eeuw verantwoordelijk voor de uitvoering van deze zorg. Aan het begin van de 20ste eeuw raakten ook gemeenten betrokken bij de geneeskundige hulpverlening. GG&GD-en werden opgericht, die onder andere eerste hulp bij

(vervolg tekstblok 4.5)

ongelukken, zuigelingen­zorg, jeugd­gezondheids­zorg, school­tan­d­heel­kunde en geneeskundige armen­zorg leverden. De wettelijke basis vormde de armenwet (1912). Enkele instellingen voor armen­zorg trans­formeerden zich in dezelfde periode tot zie­ken­huizen. Dit waren grotendeels particuliere instellingen. Er ont­stond slechts een beperkt aantal gemeentelijke zie­ken­huizen. In de jaren zeven­tig en tachtig zijn deze gemeentelijke zie­ken­huizen gefuseerd met particuliere zie­ken­huizen en is de gemeentelijke in­breng in het zie­ken­huis­wezen gemarginaliseerd.

De huidige wettelijke grondslag voor de financie­ring van de cure sector wordt gevormd door de Zieken­fondswet (ZFW) en enkele aanpalende wetten (WTZ en MOOZ). Binnen dit wettelijke kader hebben gemeenten geen verantwoordelijk­heden of uitvoerende taken. De sturings­mogelijk­heden van gemeenten zijn daardoor gering. Des­alniettemin voeren gemeenten enkele curatieve taken uit. Dit betreft curatieve zorg voor kwetsbare bevol­kings­groepen zoals geneeskundige spreekuren voor dak- en thuislozen, drugsver­slaafden, prostituees en de SOA-klinieken.

Care

De derde silo is de care sector. Deze is de laatste decennia sterk in omvang gegroeid. Onder invloed van de toenemende vergrijzing en de indi­vidualisering/secularisering ont­stond er behoefte aan nieuwe zorg­voorzieningen voor ouderen, langdurig zieken en/of gehandicapten. De zie­ken­huis­zorg was niet meer toeges­neden op de zorg­behoef­ten van deze patiëntencategorieën, waar­door verpleeghuizen en verzorgingshuizen tot ontwikkeling konden komen (Boot & Knapen, 1990). Met de Algemene Wet Bijzondere Ziekte­kosten (AWBZ) van 1968 werd het wettelijke kader voor deze nieuwe voor­zieningen gescha­pen. De thuis­zorg en geestelijke gezondheids­zorg vallen sinds de jaren tachtig ook onder de wer­king van de AWBZ.

Hoewel er in het verleden enkele gemeentelijke verpleeghuizen hebben bestaan, beperkt de rol van de gemeente binnen deze sector zich momenteel tot de Regionale Indicatie Organen (RIO). Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de oprichting, instandhouding en het functioneren van deze RIO's. De RIO's zorgen voor een onafhankelijke inschatting van de zorgbehoefte van individuele patiënten en geven op basis daarvan een zorgindicatie af. Deze zorgindicatie gaat vervolgens naar het zorgkantoor, die het AWBZ-bud­get voor de desbetreffende regio beheert en de zorg individueel toewijst.

Welzijn

De vierde silo is de welzijnssector. Deze is gericht op het bevorderen van maatschappelijke partici­patie, sociale samenhang (cohesie) en het creëren van een vangnet voor de zwakkeren in de samenleving. De ontwikkeling van de welzijns­sector in de naoorlogse periode kenmerkt zich op hoofdlijnen door decentralisatie, professionalise­ring van het uitvoerende werk, het loslaten van de maakbaarheids­gedachte en het toenemende belang van preventie (SCP, 1998). Sinds de jaren negentig vormen de Welzijnswet (1987) en de Wet Voor­zieningen Gehandicapten (1994) het wettelijke kader. Met de komst van deze wetten heeft de rijksoverheid de directe sturing van het welzijns­beleid losgelaten en overgedragen aan de gemeenten. De lokale overheid bepaalt het beleid, dat veelal door particuliere organisaties wordt uitgevoerd. Het gaat daarbij om voor­zienin­gen zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de maatschappelijke opvang, versla­vings­zorg, bijzonder taxivervoer en woningaan­passingen. Door de vermaatschappelijking en extramuralisering van de zorg ontstaan steeds meer dwarsverbanden met de cure sector en care sector.

Bijzondere positie van de vier grote steden in de vier sectoren

De vier grote steden hebben op een aantal terreinen meer bevoegdheden en mo­gelijk­heden (gehad) dan de overige gemeenten. Ze hebben voor de uitvoering van de WCPV een groter apparaat beschikbaar vanwege de omvang van de bevolking en de omvangrijke gezondheids­problematiek. In het verleden waren het vooral de vier grote steden (en een aantal middel­grote steden) die gemeentelijke zie­ken­huizen en verpleeghuizen exploiteerden. De Wet op de Bejaarden­oorden werd destijds door de provincies en de vier grote steden uitgevoerd. Het proces van de tot­stand­koming van

de regiovisies in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg komt tot stand onder verantwoordelijkheid van de provincies en de vier grote steden. Ook de bureaus Jeugdzorg vallen onder verantwoordelijkheid van de provincies en de vier grootstedelijke regio's. Verder ligt de (regionale) financiële verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg weliswaar bij 45 centrumgemeenten en verschillen de vier grote steden wat dat betreft niet van de andere steden, maar het beschikbaar budget daarvoor is in de vier grote steden wel groter. Een ander verschil met de overige steden is dat in Amsterdam en Rotterdam de bestuurlijke verantwoordelijkheden en taken voor een aantal welzijnsvoorzieningen gedecentraliseerd zijn naar de deelgemeenten.

Lokaal gezondheidszorgbeleid in acht grote steden

Om het huidige gemeentelijke gezondheidszorgbeleid in enkele grote steden te beschrijven is een verkennend onderzoek uitgevoerd. Dit bestond uit een korte schriftelijke enquête en drie discussiebijeenkomsten met de werkgroep Grotestedenbeleid van de Vakgroep Gemeentelijk Gezondheidsbeleid van GGD-Nederland. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van GGD-en en van grote steden (de G-4 en G-21) die binnen hun eigen stad lokaal volksgezondheid- en gezondheidszorgbeleid voorbereiden.

De vertegenwoordigers van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Groningen, Leiden en Almere (niet GSB-gemeente) waren bereid om de vragenlijst in te vullen en illustratief materiaal aan te dragen in de vorm van casusbeschrijvingen welke de bevindingen konden ondersteunen. Tijdens de discussiebijeenkomsten werden de resultaten van de enquête toegelicht en bediscussieerd. De uiteindelijke resultaten worden hier aan de hand van drie thema's samengevat:

- de inhoud van het lokale gezondheidszorgbeleid,
- de samenwerking met zorgaanbieders en verzekeraars, en
- de ervaringen die daarmee zijn opgedaan.

In *bijlage 14* staan voorbeelden van initiatieven waarbij de gemeente steeds een initiërende of coördinerende rol heeft gespeeld. Ze illustreren de diversiteit in de initiatieven, het grote aantal betrokken partijen, de randvoorwaardelijke sfeer waartoe de gemeente zich moet beperken ten aanzien van tekorten in de cure en care sector, en de lange tijdsduur waarover de initiatieven zich soms uitstrekken. Ook illustreren ze de verschillen tussen gemeenten in de uiteindelijk gevonden oplossingen voor knelpunten in de eerstelijnszorg als gevolg van de specifieke opstellingen van andere betrokken partijen.

Inhoud van het lokale gezondheidszorgbeleid

Gemeenten raken op drie manieren betrokken bij de vormgeving van de cure en care sector: a) vanwege knelpunten in de gezondheidszorg, b) vanwege hun wettelijke taken op het gebied van preventie en welzijn voor de algemene bevolking en voor kwetsbare bevolkingsgroepen in het bijzonder, en c) vanwege de planning en inrichting van (zorg)voorzieningen in grootschalige nieuwbouwwijken en herstructure-

ringswijken. De gemeentelijke ambities ten aanzien van de cure en de care sector worden onder andere beschreven in de nota's gezondheidsbeleid van gemeenten.

a. Knelpuntgericht lokaal gezondheidszorgbeleid

Op dit moment doen zich enkele algemene knelpunten voor die tot lokaal gezondheidszorgbeleid hebben geleid. Een belangrijk knelpunt vormen de *dreigende personeelstekorten*, waarbij de gemeenten vooral oog hebben voor de dreigende tekorten aan huisartsen (VNG, 2002), verpleegkundigen en verzorgenden. Vooral problemen op het terrein van de veiligheid, parkeervoorzieningen en dure huisvesting (tekort aan betaalbare woningen en praktijkruimten) liggen daarbij binnen de invloedssfeer van gemeenten. Gemeenten ontplooiën in toenemende mate activiteiten om de beschikbaarheid van eerstelijnsvoorzieningen te handhaven dan wel te verbeteren.

Tabel 4.3 laat zien dat gemeenten zich vooral richten op de beschikbaarheid van gezondheidscentra in de eerste lijn (en andere samenwerkingsverbanden zoals huisartsengroepspraktijken en huisartsen onder één dak), waarvoor grotere praktijkgebouwen nodig zijn en in iets mindere mate op solistisch werkende huisartsen.

Het valt op dat gemeenten de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen vooral door middel van bestemmingsplannen en in mindere mate door middel van grondprijzen en huisvesting proberen te beïnvloeden.

Opvallend is bovendien dat géén van de gemeenten financieel garant wil staan voor ondernemers in de gezondheidszorg. Ze wijzen hierbij naar de EU-wetgeving (Mededingingswet) die het (lokale) overheden zou verbieden om zorginstellingen te subsidiëren. Bovendien worden de financiële risico's te groot geacht. Wel zijn verschillende gemeenten op een gestructureerde manier bezig om de behoefte en mogelijkheden voor de bouw van (eerstelijns)zorgvoorzieningen in kaart te brengen, waarbij in het ene geval een meer pragmatische aanpak en in een ander geval een meer zorginhoudelijke visie wordt ontwikkeld. Soms zetten gemeenten aarzelende schreden om in noodgevallen zelf (samen met de verzekeraar) een huisartspraktijk te exploiteren (zie *bijlage 14* voor een drietal voorbeelden van de gemeentelijke aanpak).

Tabel 4.3: *Beleid van acht gemeenten om de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen te verbeteren en/of te behouden, uitgesplitst naar zorgaanbieder.*

	Thuiszorg	Huis- artsen	Gezond- heidscentra	Zieken huizen	Verpleeg- en ver- zorgings- huizen	GGZ	Totaal
Vestigingsbeleid	--	2	2	1	--	--	5
Bestemmingsplan	--	2	5	3	3	3	16
Grondprijzen	--	3	4	1	1	1	10
Financiële garantstelling	--	--	--	--	--	--	--
Nieuwbouw / verbouwing	1	--	3	--	1	--	5
Huisvesting	--	3	3	--	--	1	7
Totaal	1	10	17	5	5	5	

b. Wettelijke taken op het gebied van preventie en welzijn voor (kwetsbare) bevolkingsgroepen

Een tweede onderwerp waaraan de gemeenten aandacht besteden, is de *samenwerking en afstemming tussen gemeentelijke voorzieningen en zorginstanties*. De grote steden voelen de noodzaak om in principe bij te dragen aan de verbetering van de samenhang tussen alle vier zorgsectoren en proberen daar ook een rol in te spelen. In de praktijk vinden de meeste gemeentelijke initiatieven tot samenwerking plaats vanuit de twee sectoren waarvoor de gemeente verantwoordelijk is met de aanpalende gezondheidszorgsector (dus vanuit de gemeentelijke preventieve taken met de cure sector en vanuit de gemeentelijke welzijnstaken met de care sector). De samenwerkingsinitiatieven richten zich daarbij voor een groot deel op de ervaren knelpunten in de afstemming.

De afgelopen jaren hebben veel initiatieven in het teken gestaan van de samenwerking rond de OGGZ en rond de jeugdhulpverlening (zie *bijlage 14* voor een drietal voorbeelden). Andere afstemmingsproblemen ontstaan door de vermaatschappelijking en extramuralisering van de cure en care sector. Doordat deze ontwikkelingen erop gericht zijn patiënten zolang mogelijk in de thuissituatie te verzorgen en te behandelen, neemt de druk op extramurale voorzieningen toe. Dit vraagt niet alleen om een intensievere samenwerking tussen zorgaanbieders, maar ook om een intensievere samenwerking met (gemeentelijke) voorzieningen op het terrein van volkshuisvesting, welzijn en sociale zaken. De acht gemeenten ondernemen uiteenlopende activiteiten om deze samenwerking te bevorderen (zie *tabel 4.4*).

Naast het beleid dat zich richt op de zorgaanbieders voeren de gemeenten beleid om vrijwilligerswerk en informele zorg te ondersteunen. Onder informele zorg wordt zelfzorg, zelfhulp en mantelzorg verstaan. De informele zorgprojecten zijn erop gericht om de draagkracht van patiënten en hun mantelzorgers te verbeteren. Het idee is dat informele zorg het gebruik van zorgvoorzieningen kan uitstellen en/of beperken (zie *bijlage 14* voor een voorbeeld).

Een andere, deels overlappende, manier om de gemeentelijke betrokkenheid in de cure en de care sector te beschrijven gaat uit van de doelgroepen waarop de gemeentelijke preventieve en welzijnstaken zich richten. Het lokale gezondheidszorgbeleid

Tabel 4.4: Gemeentelijke activiteiten die binnen de acht gemeenten worden ondernomen om samenwerking tussen gemeentelijke en gezondheidszorgvoorzieningen te vergroten

Ondernomen activiteit	Aantal gemeenten
Initiëren overleg	8
Faciliteren samenwerking	8
Samenhangend beleid wonen, zorg en welzijn	8
Ontwikkelen, stimuleren en ondersteunen regiovisies	7
Gezondheid(szorg) integreren in grotestedenbeleid	6
Financieren samenwerkingsprojecten	5
Integreren informatie over gezondheidszorg en gemeentelijke voorzieningen	5
Zorgverleners in één organisatie onderbrengen	4

dat zich richt op kwetsbare bevolkingsgroepen is divers. Voorbeelden van dit soort beleid zijn inschakeling en financiering van Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur (VETC-ers) en allochtone zorgconsulenten, het organiseren van gezondheidszorg voor dak- en thuislozen, zoals tandartsenzorg en ziekenboegen in tehuizen voor dak- en thuislozen, medische zorg voor verslaafde (psychiatrische) patiënten en voor asielzoekers en wijkcentra voor zorg en welzijn.

c. Kansen voor gemeentelijk gezondheidszorgbeleid in nieuwbouw- en herstructureringswijken

Alle gemeenten die binnen hun gemeentegrenzen VINEX-locaties of andere groot-schalige nieuwbouwprojecten hebben, ondernemen activiteiten om de noodzakelijke zorgvoorzieningen daar op een innovatieve manier te plannen en in te richten. Gemeenten proberen daarbij een regisserende rol naar zich toe te trekken. De VINEX-locaties IJburg in Amsterdam, Ypenburg in Den Haag, Meerhoven in Eindhoven en Leidsche Rijn in Utrecht zijn daar voorbeelden van. Overigens dient daarbij de kanttekening geplaatst te worden dat de mogelijkheden om die plannen ook daadwerkelijk te realiseren niet vanzelfsprekend zijn. De implementatie van de geplande gezondheidszorgvoorzieningen in Leidsche Rijn is bijvoorbeeld anders gelopen dan vooraf was voorzien, deels door de veranderende opstelling van de lokale zorgverzekeraar en de lokale ziekenhuizen.

Behalve in nieuwbouwwijken liggen er ook veel kansen in de naoorlogse woonwijken die de komende jaren grootschalig worden geherstructureerd. Onlangs is door de grote steden op verzoek van het Ministerie van VROM een lijst met vijftig herstructureringswijken opgesteld die de komende jaren extra aandacht krijgen in het kader van de stedelijke vernieuwing (VROM, 2003).

Gemeentelijke samenwerking met zorgaanbieders en verzekeraars

Uit tabel 4.5 blijkt dat het overleg van de grote steden verschilt per zorgaanbieder in de cure of care sector. Het meeste overleg is er met de GGZ-sector en de huisartsen, het minst met ziekenhuizen en verpleeghuizen. De thuiszorg neemt een middenpositie in. Een deel van het overleg is structureel, maar het meeste overleg vindt nog op ad hoc basis plaats.

Overigens voeren alle gemeenten wél structureel overleg met de plaatselijke zorgkantoren en zorgverzekeraar(s).

Tabel 4.5: Betrokkenheid van gemeenten van 8 grote steden bij het functioneren van de gezondheidszorg uitgesplitst naar zorgaanbieder

Zorgaanbieder	Ja	Enigermate	Nee
Ziekenhuizen	1	4	3
Verpleeghuizen	3	3	2
Thuiszorgorganisaties	4	4	--
Huisartsen	5	3	--
GGZ	7	1	--

Ervaringen met gemeentelijk gezondheidszorgbeleid

De ervaringen die de gemeenten met gezondheidszorgbeleid en het overleg met zorgaanbieders in de cure en care sector hebben opgedaan, zijn wisselend. Successen en frustraties komen beide voor. De frustraties ontstaan door het hoge ambitieniveau dat gemeenten krijgen opgelegd, maar ook doordat de gemeenten naar hun eigen zeggen zichzelf een hoog ambitieniveau opleggen. Verschillende partijen dringen de gemeenten een regierol op die verder gaat dan de wettelijke afstemmingstaken die de gemeente heeft in het kader van bijvoorbeeld de WCPV (Vulto, 2001). De beperkte sturingsmogelijkheden (financiële en/of machtsmiddelen) van gemeenten zorgen er vervolgens voor dat het waarmaken van die ambities moeilijk is. Bovendien is de capaciteit van het gemeentelijke overheidsapparaat in grote steden behorend tot de G26 niet onbeperkt om adequaat invulling aan die regierol te kunnen geven.

De ervaringen met het voeren van overleg met het zorgkantoor en de ziektekostenverzekeraar(s) wordt eveneens wisselend ervaren. De gemeenten kwalificeren de voortgang van het overleg met het zorgkantoor succesvoller dan het overleg met de ziektekostenverzekeraars. De verklaring die zij hiervoor geven is dat de inhoudelijke raakvlakken tussen de gemeenten en het zorgkantoor vanwege twee redenen groter zijn. Allereerst zijn zorgkantoren evenals gemeenten op lokaal/regionaal niveau werkzaam. Daarnaast zijn zorgkantoren en gemeenten wederzijds afhankelijk van elkaar, omdat voor een adequate opvang en verzorging van chronisch zieken en gehandicapten de samenwerking tussen de care sector (waarvoor het zorgkantoor verantwoordelijk is) en de welzijnssector (waar de gemeente voor verantwoordelijk is) (zie figuur 4.2) onontbeerlijk is. Zie *bijlage 14* voor een voorbeeld van structureel overleg met een zorgkantoor. Ziektekostenverzekeraars verschillen onderling qua innovatiebereidheid en hebben in veel gevallen een strategische oriëntatie die interregionaal of landelijk kan zijn. Dit is volgens de gemeenten een verklaring voor het stroevere overleg met de ziektekostenverzekeraars.

Conclusie

Gemeentebesturen van grote steden raken in toenemende mate betrokken bij de lokale gezondheidszorg (cure en care). Personeelstekorten, gebreken in de samenhang in de zorg voor kwetsbare groepen en de benodigde zorgvoorzieningen in nieuwbouw- en herstructureringswijken vragen om aandacht.

Door de beperkte rol binnen de cure en de care sector stellen gemeenten zich daar terughoudend op. Wanneer burgers en/of zorgaanbieders echter een beroep doen op de gemeente vanwege ontstane knelpunten voelen gemeenten zich geneigd om mee te denken en binnen hun mogelijkheden oplossingen aan te dragen. Daarentegen hebben gemeenten meer sturingsmogelijkheden binnen de preventiesector en welzijnssector. De onderdelen van de curatieve zorg die raakvlakken hebben met deze sectoren, liggen daardoor dicht bij de invloedssfeer van gemeenten. De grotere betrokkenheid van gemeenten bij de *curatieve* zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen is daarmee te verklaren. Tot slot lijken de beperkte sturingsmogelijkheden van

minder belang bij de planning van gezondheidszorgvoorzieningen in grootschalige nieuwbouwprojecten. Gemeenten zijn per definitie op allerlei manieren betrokken bij dit soort grootschalige projecten. Ze willen de gelegenheid benutten om het (zorg)voorzieningsniveau in zulke nieuwbouwwijken vanuit een consistente visie in te richten zodat afstemmingsproblemen en knelpunten op voorhand ondervangen kunnen worden.

De gemeentelijke rol ten aanzien van de cure en care sector lijkt in vergelijking met het recente verleden groter te worden. De grondslag voor de groeiende gemeentelijke rol is tweeledig. Enerzijds lijken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onvoldoende in staat of geneigd om zelfstandig de gewenste samenhang in het lokale zorgaanbod te realiseren. Dit komt door de complexe interacties tussen de verschillende partijen in de zorg die tot een versterking van kartelachtige en monopolieachtige structuren hebben geleid. Deze structuren staan een adequate afstemming van het lokale zorgaanbod op de zorgvraag in de weg (Putters, 2001). Het gevolg is dat op lokaal niveau knelpunten in de gezondheidszorg ontstaan, waar gemeenten door burgers op worden aangesproken en die ze vanuit hun publieke verantwoordelijkheid niet kunnen negeren. Hierdoor krijgen gemeentebesturen van grote steden indirect meer sturingsverantwoordelijkheid in de gezondheidszorg opgedrongen. De grootstedelijke problematiek maakt dat deze knelpunten zich in de grote steden extra manifesteren.

De initiatieven die gemeenten nemen ten aanzien van de cure en de care sector zijn echter vooral voorwaardenscheppend van aard. Gemeenten tasten hun mogelijkheden vooral vanuit hun bestaande rollen en bevoegdheden in de preventieve en welzijnssector af en benutten waar mogelijk bestaande kansen. De landelijke overheid heeft geen bevoegdheden, instrumenten en middelen in de cure en care sector gedecentraliseerd zodat gemeenten in de praktijk onvoldoende hun overstijgende (regisserende) rol waar kunnen maken. Doordat gemeenten weinig sturingsmogelijkheden hebben, zijn ze niet in staat om gezondheidszorgbeleid in de cure en de care sector af te dwingen. Daardoor zijn er wel veel initiatieven op deelgebieden, maar komt een overkoepelende afstemming tussen preventie, cure, care en welzijn op lokaal niveau maar moeizaam tot stand. Overigens lijkt de G-4 in vergelijking met de G-21 in het voordeel, omdat ze een capaciteit en schaalgrootte hebben die zich beter verhoudt met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Een laatste belangrijke bevinding is dat het gezondheidszorgbeleid tussen de steden onderling verschilt. Contextuele factoren zijn bepalend voor de mogelijkheden van gemeentelijk gezondheidszorgbeleid: een succesvol gezondheidszorgbeleid is afhankelijk van de lokale verhoudingen tussen gemeente, zorgaanbieders en financiers. Per stad ontstaat een andere rolverdeling tussen gemeente, provincie, verzekeraars en zorgaanbieders. Dit hoeft in principe geen probleem te zijn, op voorwaarde dat lokale partijen een gezamenlijke visie op de ontwikkeling van de lokale gezondheidszorg hebben. Dat is echter niet vanzelfsprekend het geval.

4.3.2 Hoe past de zorg in het grotestedenbeleid?

C. Schoenmakers

In de Meerjarenontwikkelingsprogramma's (MOP's) 1999-2003 van de grote steden wordt projectmatig veel aandacht besteed aan de zorg voor kwetsbare groepen. Bijna alle steden noemen zorgprojecten gericht op jeugd, ouderen en maatschappelijke opvang, driekwart noemt zorgprojecten gericht op allochtonen en meer dan de helft zorgprojecten gericht op lage SES-groepen. Over het bereik van deze projecten (het aantal personen uit de doelgroep dat bereikt wordt) geven de MOP's echter geen informatie. De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg wordt nog nauwelijks genoemd, maar komt wel als belangrijk aandachtspunt in de nieuwste collegeprogramma's naar voren.

Inleiding

In het kader van het Grotestedenbeleid (GSB) hebben alle betrokken gemeenten in 1999 Meerjarenontwikkelingsprogramma's (MOP's) opgesteld. Om inzicht te krijgen in de aandacht die de steden in hun MOP's besteden aan de (gezondheids)zorg is een inhoudsanalyse uitgevoerd.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Welke oplossingen voor welke grootstedelijke (gezondheids)zorgproblemen worden behandeld in de Meerjarenontwikkelingsprogramma's (MOP's) van gemeenten die deelnemen aan het grotestedenbeleid?
2. Zijn er verschillen tussen de G4, G21 en de G-nieuw in de aard en de omvang van de gesignaleerde problemen en de plannen om deze problemen aan te pakken?

Methode

Voor de inhoudsanalyse van de MOP's zijn twaalf van de dertig GSB-gemeenten geselecteerd op basis van gemeentegrootte (G4, G21 en de G-nieuw) en verspreiding over het land. Uit pragmatische overwegingen zijn niet alle MOP's geanalyseerd. In analyses die op andere onderdelen van de MOP's zijn gericht, komt naar voren dat er geen grote verschillen zijn in de wijze waarop de gemeenten hun MOP's inhoudelijk hebben vormgegeven (AEF, 1999; CPB, 2000). De MOP's van de twaalf gemeenten zijn geanalyseerd aan de hand van een scorelijst. De gemeente Lelystad (G-nieuw) investeert in het kader van het GSB met name in fysieke maatregelen en activiteiten. Deze stad is daarom in de verdere analyse niet meegenomen.

Gezien het globale karakter van de MOP's is een aantal specifieke onderzoeksvragen minder goed te beantwoorden. Als aanvulling op de inhoudsanalyse van de MOP's is daarom een globale screening uitgevoerd van de memoranda die de G4, G21 en de G-nieuw hebben opgesteld met het oog op de kabinetsformatie in 2002.

Resultaten

Aandacht voor zorg in de MOP's

Het onderwerp zorg komt in de MOP's van de G4 en G21 aan de orde in de sociale pijler. Meestal zijn (delen van) diverse paragrafen binnen de sociale pijler hieraan gewijd. Twee steden hebben een aparte zorgparagraaf opgenomen, waarin zorg relatief uitgebreid wordt beschreven. Aan 'Jeugd en jongeren' is in het MOP, al dan niet in de sociale pijler, vaak een aparte paragraaf of hoofdstuk gewijd. De gemeente Emmen, behorend tot de G-nieuw, heeft in het kader van het GSB ingezet op de jeugd in twee gebieden. Het onderwerp zorg in de MOP's van de diverse steden beslaat gemiddeld 1 op de 20 pagina's.

Zorgproblemen en -oplossingen

Steden brengen in hun MOP voor een belangrijk deel dezelfde zorgproblemen naar voren. Vooral problematiek met betrekking tot 'jeugd en jongeren', 'ouderen' en 'maatschappelijke opvang' maakt onderdeel uit van de programma's. Zorgprojecten gericht op allochtonen of lage SES-groepen komen op de tweede plaats. Rotterdam heeft als enige onderzochte gemeente in het MOP aandacht voor het (dreigend) tekort aan huisartsen en tandartsen.

Voor de zorgproblemen die het meeste aandacht krijgen in de MOP's, is ook het grootst aantal oplossingen/beleidsintenties geformuleerd. Oplossingen richten zich vooral op preventie, het realiseren van de ketenbenadering/sluitende aanpak, het in samenhang vraaggericht benaderen van problemen en het in samenhang aanbieden van (basis- en specifiek) hulpaanbod (*zie tabel 4.6*). Veel van de naar voren gebrachte oplossingsrichtingen of beleidsintenties betreft voortzetting of intensivering van bestaand of bekend beleid.

Tabel 4.6: Oplossingsrichtingen en beleidsintenties in de MOP's.

Sociaal economische gezondheidsverschillen (6 steden)

- Vraaggerichte integrale benadering van zorgproblemen.
- Ontwikkelen voorzieningen op maat voor specifieke achterstandsgroepen op gebied van wonen, arbeid, participatie, zorg en gezondheid.
- Zoveel mogelijk in samenhang uitvoeren van diversiteit van functies in de wijk.

Voorbeelden: STIOM, praktijkverpleegkundige, wijkgezondheidspunten, zorgcoördinatoren, wijkgezondheidswerkers.

Allochtonen (8 steden)

- Drempelverlaging zorgvoorzieningen voor allochtone ouderen, die bijdragen aan langer zelfstandig wonen.
- Verbeteren geestelijke gezondheidszorg bij psychosociale problemen allochtonen.
- Verbeteren verslavingszorg voor allochtone patiënten.
- Toegankelijke en laagdrempelige voorzieningen voor allochtonen.
- Opvoedingsondersteuning in allochtone gezinnen.

Voorbeelden: Sesam-project (drempelverlaging), ouderenadviseur, Project Nieuwe Sporen (psychosociale zorg), ketenbenadering Marokkaanse diabetespatiënten, migrantenvoorlichting, allochtone zorgconsulent.

(vervolg tabel 4.6)

Toegankelijkheid voorzieningen, tekorten, wachtlijsten (5 steden)

- Vergroten bereikbaarheid.
- Realiseren van wijkgericht zorgaanbod.

Voorbeelden: ontwikkelen basisaanbod en specifiek aanbod (Taskforce: biedt nieuwe kaders voor het hulpverleningsaanbod), versterken front-office (1-loket), extra formatie.

OGGZ (6 steden)

- Opzetten samenhangend hulpaanbod, waarin mensen die buiten de boot (dreigen) te vallen gesignaleerd worden.
- Mogelijkheid bieden met integrale aanpak passende zorg te krijgen.

Voorbeelden: instellen centraal meldpunt voor meldingen binnen de OGGZ gecombineerd met cliëntvolg-systeem, outreachende hulpverlening, lokale zorgnetwerken, Janusproject in Hengelo.

Maatschappelijke opvang, dak- en thuislozen en verslaafden (10 steden)

- Beperken instroom, signalering en preventie.
- Behandeling en begeleiding.
- Uitbreiden opvangcapaciteit.
- Versterken integrale zorgketenbenadering, sluitende aanpak, netwerken tussen verschillende organisaties en voorzieningen, in samenhang aanpakken problematiek.
- Ontwikkelen nieuwe methodieken, strategieën.
- Maatschappelijk herstel.

Voorbeelden: opzetten meldpunt, woonbegeleiding potentiële doelgroepen, opzetten netwerken gekoppeld aan meldpunten, outreachende hulpverlening en ambulante zorg, uitbreiding capaciteit ambulante woonbegeleiding, ontwikkeling arbeidsintegratie van dak- en thuislozen, aanbieden zinvolle dagbestedingsactiviteiten (resocialisatie), versterking ambulante hulpverlening, realiseren van wijkgericht aanbod van ambulante verslavingszorg, project de Oversteek (Helmond).

Jeugd en jongeren (11 steden)

- Lokaal preventief jeugdbeleid: accent op voor- en vroegschoolse periode en opvoedingsondersteuning en ontwikkeling (jeugdgezondheidszorg), nadruk op preventieve kant zonder curatieve maatregelen uit het oog te verliezen.
- Intensieve ketenbenadering, sluitend aanbod om problematiek te voorkomen (sluitende aanpak).
- Samenhangend pakket basisvoorzieningen, waar nodig specifiek aanbod.
- Versterken eerstelijnsgezondheidszorg (handhaven en uitbreiden capaciteit).
- Afstemming met bureaus Jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg.

Voorbeelden: opzetten zorgstructuren rond jeugdzorg, kindvolg-systeem, opvoedingsondersteuning, zoals Opstap, jonge moedergroepen, jeugdnetwerken, vormen van gespecialiseerd jeugd- en jongerenwerk.

Ouderen en gehandicapten (10 steden)

- Aanpak van eenzaamheid en voorkómen sociaal isolement.
- Preventie op welzijnsterrein: instroom zorgkant verkleinen, versterking mantelzorg en zorg aan huis.
- Stimuleren beter gebruik voorzieningen.
- Ketenbenadering: 1-loketfunctie, RIO, integrale benadering van vragen, meer afstemming tussen aanbieders van zorg, aanbieden integraal pakket.
- Opheffen (fysieke) belemmeringen en ontoegankelijkheid voorzieningen.

Voorbeelden: zorgnetwerken, huisbezoeken, ouderenadviseurs, inrichten zorgloket, verbreding seniorenwijzers, uitbreiding woningen met dienstencentra, opstellen actieplan.

In de MOP's wordt over de invulling van maatregelen nauwelijks informatie gegeven, en dus ook niet over het bereik van deze projecten (het aantal personen uit de doelgroep dat bereikt wordt). Dit vloeit echter voort uit de afspraken die zijn gemaakt in de doorstartconvenanten tussen het Rijk en de steden om dit *in de MOP's* achterwege te laten.

Wat opvalt is dat gemeenten de problematiek omtrent dak- en thuislozen en verslaafden vaak aan elkaar verbinden. Dit wordt tevens gestimuleerd door het samenvoegen van de specifieke uitkeringen voor deze twee groepen in 2001. De OGGZ wordt vaak in één adem met de Maatschappelijke Opvang genoemd. Ook problematiek met betrekking tot ouderen en gehandicapten wordt vaak aan elkaar gekoppeld.

Doelgroep- en wijkperspectief

Het perspectief van waaruit gemeenten zorgproblematiek benaderen of beschrijven verschilt per gemeente en per onderwerp. Dit geldt ook voor de steden die in hun MOP een aparte zorgparagraaf hebben opgenomen. Meestal worden zorgonderwerpen vanuit doelgroeperspectief, en in mindere mate vanuit zorgsectorperspectief benaderd. Het wijkperspectief wordt met name bij 'sociaal-economische gezondheidsverschillen' en 'toegankelijkheid van voorzieningen' gehanteerd. Bij de beschrijving van de andere zorgonderwerpen wordt over het algemeen niet expliciet ingegaan op de aandachtswijken. Wel is er aandacht voor een integrale wijkbenadering in de inleidende hoofdstukken of hoofdstukken over de wijkaanpak.

Kwetsbare groepen

In de MOP's worden overeenkomstig het integrale karakter van het GSB als kwetsbare groepen zowel 'zorggroepen' als 'sociale zekerheidsgroepen' (bijvoorbeeld langdurig werklozen en WAO-ers met een minimum-inkomen) naar voren gebracht. Informatie over kwetsbare 'zorggroepen' wordt gegeven in de inleidende hoofdstukken, maar ook in de afzonderlijke paragrafen waarin de zorgproblematiek staat beschreven.

Financiële middelen

In het GSB zijn per pijler diverse regelingen gebundeld; het Investeringsfonds Stedelijke Vernieuwing (ISV) voor de fysieke pijler en het Fonds Werk en Inkomen voor de economische pijler. De sociale pijler wordt gekenmerkt door een veelheid van betrekkelijk smalle geldstromen met een beperkte beleids- en bestedingsvrijheid. De MOP's bevatten informatie over de *herkomst* van financiële middelen. Meestal is per pijler een overzicht opgenomen van de door het Rijk te ontvangen uitkeringen van specifieke regelingen. Over de gemeentelijke *inzet* van middelen wordt in de MOP's bijna geen informatie gegeven. De wijze waarop steden van plan zijn deze middelen te besteden, kan uit de MOP's niet worden herleid.

Toekomst grotestedenbeleid

Uit de inhoudsanalyse van de MOP's blijkt dat de door gemeenten genoemde zorgproblemen en -oplossingen voor een belangrijke deel overeenkomen. Het Centraal Planbureau (CPB) en de Rekenkamer concluderen in hun evaluatie van de MOP's in 2000 eveneens dat er een grote eenvormigheid is in het voorgestelde beleid van de G25, maar ook in de verdeling van middelen. Het hanteren van vaste verdeelsleutels richting de steden is hiervan een belangrijke achtergrond. De G21 pleiten daarom in hun memorandum voor een bundeling van financieringsstromen in de sociale pijler in de vorm van een Fonds Sociale Infrastructuur. Daarnaast willen de G21 een sterkere

regierol voor gemeenten in de zorg (lokale zorgketen), stedelijke zeggenschap over de inzet van middelen voor casemanagement en versterking van de rol van steden bij de vermaatschappelijking van de zorg onder andere via de modernisering van de AWBZ. Tevens willen zij investeren in de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Memorandum G21 2002).

De G4 geven in hun memorandum aan de kabinetsformateur aan dat zij een investeringsimpuls voor de maatschappelijke opvang en de OGGZ, oplossingen voor personeelstekort in de zorg en een sterkere gemeentelijke regiefunctie en verantwoordelijkheid van de AWBZ (status aparte) willen (Manifest G4, 2001).

Conclusie

In de MOP's 1999-2003 is er nog relatief weinig aandacht voor zorgproblematiek (gemiddeld 1 op de 20 pagina's). De zorgproblemen die de G4 en de G21 in hun MOP's naar voren brengen komen voor een belangrijk deel overeen. Vooral problematiek met betrekking tot 'jeugd en jongeren', 'ouderen' en 'maatschappelijke opvang' maakt onderdeel uit van de programma's. Voor deze problemen zijn in de MOP's ook het grootst aantal oplossingen geformuleerd. Deze oplossingen richten zich vooral op preventie, het realiseren van de ketenbenadering/sluitende aanpak, het in samenhang vraaggericht benaderen van problemen en het in samenhang aanbieden van (basis- en specifiek) hulpaanbod. Concrete maatregelen worden in de MOP's nauwelijks genoemd. Hetzelfde geldt voor de financiële invulling. Eén gemeente (Rotterdam) heeft in het MOP aandacht voor het (dreigend) tekort aan huisartsen en tandartsen. De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is in toenemende mate een belangrijk aandachtspunt voor gemeenten.

In het landelijke actieplan voor het GSB 2002-2009 is gezondheid als (sub)thema opgenomen (BZK, 2002ab). Aan de uitwerking van dit actieplan wordt nu gewerkt. De grote steden wensen bij de voortzetting van het GSB een bundeling van financieringsstromen in de sociale pijler in de vorm van een Fonds Sociale Infrastructuur. Daarnaast willen de grote steden een sterkere regierol voor gemeenten in de zorg (lokale zorgketen) en versterking van de rol van steden bij de vermaatschappelijking van de zorg, onder andere via de modernisering van de AWBZ (G4 en G21). Tevens willen zij investeren in de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen, stedelijke zeggenschap over de inzet van middelen voor casemanagement (G21) en een investeringsimpuls voor de maatschappelijke opvang en de OGGZ en oplossingen voor personeelstekort in de zorg (G4).

4.4 Waar liggen spanningsvelden in het beleid?

H. Verkleij, A.E.M. de Hollander

Inhoudelijke en bestuurlijke spanningsvelden rond doelgroepenbeleid, samenhang in de zorg en personeelstekorten leiden tot verschillen in visies op de verbetering in de zorg in de grote steden. De toekomstige samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeentebesturen wordt van cruciale betekenis.

Als we teruggrijpen naar de drie belangrijke thema's die in dit rapport centraal staan, vallen drie spanningsvelden op:

1. *rond doelgroepenbeleid*: het voorgenomen overheidsbeleid in de cure en de care sector doet een steeds groter beroep op de zelfstandigheid van de burger, bijvoorbeeld door meer vraagsturing en meer markt. Daar staan de ervaringen in de preventieve sector tegenover dat een specifiek doelgroepenbeleid nodig is om effectief te kunnen zijn. Ook ervaringen in de welzijnssector wijzen uit dat de zelfstandigheid van kwetsbare of marginale groepen weliswaar bevorderd kan worden, maar dat ook actieve vormen van zorg gericht op zorgmijdende groepen nodig zijn. Juist daarom ontstaan zorgnetwerken en vormen van meer uitreikende (outreaching) of bemoeiende zorg in de grote steden.
2. *rond samenhang in de zorg*: een belangrijke bron van spanning ligt in de verschillende financiële aansturing en verantwoordelijkheden voor de vier zorgsectoren. Aan de ene kant zijn de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de curatieve en de care sector, aan de andere kant de gemeenten voor de preventieve en welzijnssector. Dit belemmert de onderlinge samenwerking.
3. *rond personeelstekorten*: het is de vraag of zorgverzekeraars in de nieuwe flexibele financieringsstructuur voldoende aandacht zullen hebben voor de bijzondere positie van huisartsen in achterstandswijken of dat continuering van de huidige landelijke achterstandsregeling met zijn nadruk op gemeenschappelijke projecten voor meerdere huisartsen tezamen daarvoor toch een betere garantie schept. Bij de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden formuleren de grote steden hun wensen in de vorm van specifieke maatregelen. VWS daarentegen voelt zichzelf niet de aangesproken partij om die uitzonderingspositie voor grote steden te creëren. Dit leidt tot de vraag onder welke condities specifieke financieringsmaatregelen voor het zorgpersoneel in de grote steden wel gerechtvaardigd zijn.

Voor elk van deze spanningsvelden (of dilemma's) geldt dat samenwerking tussen partijen noodzakelijk is, maar niemand eindverantwoordelijk lijkt te zijn voor het functioneren van de zorg op lokaal niveau. Het gaat daarbij vooral om de samenhang in de *gehele* keten van preventie, cure, care en welzijn, om de bouw van de *fysieke zorginfrastructuur* in achterstands-, herstructurerings- en nieuwbouwwijken, en om het samenstellen van een *samenhangend* pakket van maatregelen om de knelpunten op de arbeidsmarkt in de grote steden op te pakken.

Als gevolg van decentralisatie van bevoegdheden en een toenemende noodzaak van samenhang tussen de vier zorgsectoren zullen gemeenten en zorgverzekeraars elkaar

in de toekomst steeds vaker tegenkomen. Het is onduidelijk hoe de relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars zich zal ontwikkelen. Om twee redenen kan het al bestaande spanningsveld in een toekomstig marktmodel waarin zorgverzekeraars onderling meer gaan concurreren, groter worden. Allereerst bestaat de kans dat niet langer één zorgverzekeraar per regio gemandateerd is door de andere zorgverzekeraars om bindende afspraken met gemeenten te maken, zoals nu nog het geval is. In de tweede plaats hebben gemeenten de taak om als maatschappelijk vangnet voor kwetsbare groepen te fungeren, terwijl de doelstelling van ziektekostenverzekeraars in een marktmodel juist is om winst te maken of in ieder geval het verlies beperken. Naarmate het marktmodel in de zorg belangrijker wordt, kan de twijfel bij gemeenten toenemen of er voldoende prikkels zijn voor de zorgverzekeraars om optimale zorg te organiseren in moeilijke (lokale) omstandigheden met veel 'slechte risico's', zoals in achterstandswijken in grote steden.

Naast inhoudelijke oplossingen vraagt de zorg in de grote steden dus ook om aandacht voor de bestuurlijke processen.

4.5 Conclusie

Het Ministerie van VWS hanteert drie strategieën om de zorg in de grote steden te verbeteren en knelpunten die daar spelen op te lossen: meer ruimte geven aan zorgverleners en zorgverzekeraars, landelijke maatregelen gericht op de zorg voor doelgroepen die in de grote steden meer voorkomen, en in een enkel geval door een specifieke maatregel, zoals de financiële regeling voor huisartsen in achterstandswijken. De nadruk komt in de curatieve en care sector steeds meer op de eerste strategie te liggen.

Gemeentebesturen raken meer bij de gezondheidszorg betrokken en dan vooral in een voorwaardenscheppende en coördinerende rol. Deze rol nemen zij vooral op zich vanuit hun wettelijke taken in de preventieve en welzijnssector. Deze taken bieden hen echter niet altijd een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de groeiende machtsconcentraties in de zorgsector. Ook het Ministerie van VWS doet een sterker beroep op gemeentebesturen bij het oplossen van de knelpunten in de eerstelijns, vooral in de voorwaardenscheppende sfeer als het gaat om geschikte praktijkruimtes voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn en het aantrekkelijker maken van het werken in de stad voor het zorgpersoneel.

De vraag of het in dit hoofdstuk beschreven beleid voldoende is om de zorg in de grote steden te verbeteren, is moeilijk te beantwoorden. Dat hangt voor een belangrijk deel ook af van de uitvoering. De hier beschreven doelgroepgerichte beleidsmaatregelen zijn vooral recente initiatieven: het betreft dus vaak *beleidsvoornemens* of beleidsmaatregelen die nog niet overal zijn ingevoerd. Bovendien kunnen beleidsinitiatieven door gebrek aan geld, door verandering van de politieke krachtsverhoudingen of om andere redenen toch niet doorgezet worden, ook al zijn ze op zichzelf goed

geëvalueerd in experimenten.

Een andere onzekerheid ligt in de gevolgen van de grote veranderingen die er in de curatieve en zorgsector op landelijk niveau gaande zijn. De omvorming van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, de decentralisatie van verantwoordelijkheden, de toenemende marktwerking en stelselherziening zijn van grote invloed op de toekomstige toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in het hele land, en dus ook in de steden. De landelijke overheid laat in de gezondheidszorg steeds meer aan de zorgverzekeraars over en hoopt dat zij in een gereguleerde zorgmarkt de toegankelijkheid van de zorg voor specifieke groepen zullen waarborgen. Meer ruimte bieden voor lokaal maatwerk is op zich een goede strategie. Hoe de zorgverzekeraars zich in een concurrerende setting zullen opstellen ten opzichte van de zorg voor kwetsbare groepen in de grote steden is echter onduidelijk. Twijfels zijn mogelijk of zij deze taak gegeven hun (nieuwe) positie voortvarend vorm kunnen en zullen geven.

Tenslotte is er op dit moment geen consistent beeld bij betrokken partijen hoe de zorginfrastructuur zich in de achterstandswijken van de grote steden moet ontwikkelen. Veel analyses blijven steken in algemene, landelijke visies, bijvoorbeeld ten aanzien van de eerste lijn, en er zijn weinig partijen die visies ontwikkelen voor de specifieke eisen die een zorginfrastructuur in de steden vergt. De duidelijkste initiatieven daartoe komen vanuit de zorgaanbieders in de grote steden en vanuit de grootstedelijke gemeentebesturen. Elementen die in meerdere visies terugkomen (*zie ook paragraaf 2.3*) zijn:

- in achterstandswijken in de grote steden is meer dan elders een *laagdrempelige* zorginfrastructuur nodig,
- die zorginfrastructuur kent een *multidisciplinaire samenwerking* die ook over de grenzen van de gezondheidszorg heen kijkt, zodat ketenzorg voor diverse doelgroepen tot stand kan komen,
- er is zorgpersoneel nodig in de wijken met *ervaring en deskundigheid* ten aanzien van de *diversiteit* aan (marginale en achterstands)groepen, zoals onder andere allochtone zorgconsulenten,
- het wordt steeds wenselijker om in de wijken *meerdere zorgvoorzieningen in één gebouw* samen te brengen, niet alleen vanwege inhoudelijke redenen (samenwerking, laagdrempeligheid), maar ook vanwege andere redenen (efficiency, veiligheid).

5 HOE KAN HET BETER?

De zorgvraag in de grote steden is omvangrijker, diverser en complexer dan elders. Vooral in achterstandswijken wonen relatief veel bevolkingsgroepen met een slechtere gezondheid en een ingewikkelder zorgvraag, zoals mensen met sociaal-economische achterstand, allochtonen uit verschillende herkomstlanden, alleenstaande ouderen, dak- en thuislozen, verslaafden, ex-psychiatrische patiënten en illegalen. Dit legt een grote druk op de specifieke zorgvoorzieningen voor deze groepen, op de eerstelijnsgezondheidszorg in de wijken en op de algemene gezondheidszorgvoorzieningen in de steden. Dit wordt nog versterkt doordat er in de grote steden extra tekorten aan huisartsen zijn en in een aantal gevallen ook aan verpleegkundigen en verzorgenden.

In de toekomst zullen de gezondheidsachterstanden in de steden niet vanzelf verminderen. De zorgvraag van groepen met gezondheidsachterstand zal vermoedelijk nog complexer worden. De behoefte aan samenhang in de zorg zal nog verder toenemen. Tegelijkertijd zal men zonder extra inspanningen onvoldoende zorgverleners vinden die in de grote steden willen werken. Ook zal men in de stad moeilijker voldoende geschikte panden voor zorgvoorzieningen vinden die voldoen aan moderne eisen. Zowel voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (onder andere gezondheidscentra), voor semimurale voorzieningen in de gehandicaptenzorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang en voor aangepaste woonvoorzieningen voor ouderen zal in de toekomst meer huisvesting in de wijken nodig zijn dan nu het geval is.

Spanningsvelden en consensus in beleidsvisies

Om het tij te keren en de gezondheids- en zorgproblemen in de grote steden ook in de toekomst het hoofd te kunnen bieden, zijn allereerst samenhangende, preventieve maatregelen nodig. Deze moeten gericht zijn op de bevordering van gezond gedrag en een gezonde leefomgeving. Daarnaast zijn er uitdagingen voor de zorgverlening in de steden. Deze liggen in:

1. de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor *specifieke groepen*,
2. het opbouwen van benodigde *samenwerking en samenhang* in de zorg voor patiënten met meervoudige problemen,
3. het oplossen van knelpunten in de *arbeidsmarkt* van het zorgpersoneel zoals huisartsen en verpleegkundigen en verzorgenden.

Ook nu al worden deze uitdagingen in de praktijk op vele manieren aangepakt. Het gaat bij het zoeken naar verbeteringen niet om het vinden van één enkele concrete maatregel, maar juist om het samenstellen van met elkaar samenhangende pakketten van maatregelen. Visies kunnen daarbij verschillen en er zijn spanningsvelden tussen oplossingsrichtingen, die in de grote steden extra duidelijk naar voren komen:

- In moderne visies op de zorg doet men een groter beroep op de zelfstandigheid van burgers; aan de andere kant ligt in de grote steden voor de kwetsbare groepen een actief doelgroepenbeleid juist meer voor de hand,

- In de curatieve en care sector worden taken gedecentraliseerd naar verzekeraars, terwijl op het gebied van preventie en welzijn juist de gemeenten een meer centrale rol hebben. Dat lijkt niet bevorderlijk voor de samenhang tussen die sectoren die nodig is voor een goede zorgverlening,
- Laat men de specifieke personeelsproblemen in de grote steden over aan de regionale arbeidsmarktpartijen en aan de zorgverzekeraars of is een meer actieve rol van de landelijke overheid gewenst om specifieke maatregelen te nemen voor de grote steden?

Elementen die in visies van meerdere partijen terugkomen en waarover consensus lijkt te bestaan, (zie ook paragraaf 2.3) zijn:

- In achterstandswijken in de grote steden is meer dan elders een *laagdrempelige, 'uitreikende'* zorginfrastructuur nodig,
- Die zorginfrastructuur kent een *multidisciplinaire samenwerking* die ook over de grenzen van de gezondheidszorg heen kijkt, zodat ketenzorg tot stand kan komen,
- Er is zorgpersoneel nodig in de wijken met *ervaring en deskundigheid* ten aanzien van de *diversiteit* aan (marginale en achterstands)groepen,
- Het wordt steeds wenselijker om in de wijken *meerdere zorgvoorzieningen in één gebouw* samen te brengen, niet alleen vanwege inhoudelijke redenen (samenwerking, laagdrempeligheid), maar ook vanwege andere redenen (efficiency, veiligheid).

Onderstaande aanbevelingen voor beleid en onderzoek beogen een bijdrage te leveren aan de discussie.

Aanbevelingen voor beleid

In alle sectoren van de zorg, of het nu gaat om preventie, cure, care of welzijn, zijn extra maatregelen nodig om kwetsbare groepen even effectief te bereiken als andere Nederlanders. Voorbeelden zijn:

- Het specifieke doelgroepenbeleid van VWS voortzetten en intensiveren om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen, de interculturalisatie van de zorg te bevorderen en de zorg voor marginale groepen te versterken.
- Voorrang geven aan het versterken van de eerste lijn in de achterstandswijken van de grote steden. Dit kan onder andere worden gedaan door de inzet te stimuleren van zorgverleners die in staat zijn met zorgvragen van specifieke doelgroepen om te gaan, bijvoorbeeld door meer allochtone zorgconsulenten in te schakelen.
- Rekening houden met de grotere zorgzwaarte in de grote steden bij de financiering van de zorg.

In de grote steden moet extra aandacht worden besteed aan samenhang in de zorg, omdat de zorgvraag hier complexer is en omdat de samenwerking door het grote aantal zorgverleners moeilijker vorm is te geven.

- Samenwerking kan op veel verschillende manieren bevorderd worden, bijvoorbeeld door de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren, door afspraken te

maken over taakverdeling, door gezamenlijke huisvesting en door taakverlichting zodat zorgverleners meer tijd krijgen voor overleg. Belangrijk is ook om de samenhang voor patiënten en burgers duidelijk te maken door onder meer het organiseren van zorgketens en te voorzien in één loket waar men met vragen terecht kan.

- In de grote steden is een aantal voorbeelden van succesvolle samenwerking bekend, zoals gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn, zorgnetwerken voor de vroege signalering van ernstige psychische problemen en organisatorische ondersteuning van samenwerking binnen de eerste lijn. Dergelijke succesvolle samenwerkingsprojecten moeten met voorrang ook in andere steden en andere achterstandswijken gestimuleerd worden.
- Hetzelfde geldt voor succesvolle projecten die beogen de samenwerking te bevorderen tussen gemeentelijke zorgvoorzieningen gericht op preventie en welzijn en de gezondheidszorgvoorzieningen in de curatieve en de care sector.

Het moet voor zorgverleners aantrekkelijker worden gemaakt om in de grote steden te werken. Initiatieven om dit te bereiken zijn:

- Er moet voldoende landelijke opleidingscapaciteit zijn voor huisartsen. Ook kunnen de taken van huisartsen worden herschikt. Verder moet de instroom van verpleegkundigen en verzorgenden worden bevorderd en de uitstroom tegengegaan, bijvoorbeeld door herintreding te stimuleren en door goede faciliteiten voor kinderopvang te scheppen. Om de extra tekorten in de grote steden te verminderen zal eerst het *landelijke* tekort aan zorgverleners weggenomen moeten worden.
- Daarnaast kunnen succesrijke maatregelen die het werk in de grote steden aantrekkelijker maken gecontinueerd en verder uitgebouwd worden. Voorbeelden van zulke maatregelen zijn het extra honorarium voor huisartsen in achterstandswijken en het Huisartsenachterstandsfonds dat een breed scala aan innoverende projecten heeft gefinancierd. Ook in een nieuwe financieringsstructuur voor de eerstelijnszorg zou een dergelijke mogelijkheid herkenbaar terug moeten komen.
- Alleen het uitbreiden van de landelijke capaciteit aan verpleegkundigen en verzorgenden zal waarschijnlijk onvoldoende zijn om de tekorten in de grote steden weg te werken. Vooral in de drie grootste steden zijn extra inspanningen nodig om het werken er aantrekkelijker te maken.

Welke rol hebben de verschillende partijen en hoe kunnen zij samenwerken?

Om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, moeten verschillende partijen met elkaar samenwerken. In dit rapport staan vooral de lokale en landelijke overheid centraal. Zij zijn echter niet de enige partij in de zorg, en ook niet de belangrijkste, maar wel een onmisbare, voorwaardenscheppende partij.

- Zorgverleners en vooral zorgverzekeraars hebben in toenemende mate het voortouw bij het vormgeven van de gezondheidszorg, ook in de grote steden, en dus ook voor de zorg die nodig is voor kwetsbare groepen in de grote steden. Sommige zorgverzekeraars zetten zich traditioneel al extra in voor deze groepen. Het is echter noodzakelijk dat *alle* zorgverzekeraars dit doen, ook in een nieuw zorgstelsel

waarin zorgverzekeraars meer met elkaar gaan concurreren.

- De landelijke overheid (VWS) moet de noodzakelijke randvoorwaarden scheppen voor adequate zorg in het hele land. Daarbij moet de overheid rekening houden met de specifieke kenmerken van de zorg in de grote steden. VWS kan een bijdrage leveren door doelen te stellen, wet- en regelgeving aan te passen, financiële maatregelen te nemen en verantwoordelijkheden te verduidelijken en te monitoren. Er zijn verschillende instrumenten waarmee de landelijke overheid de zorg in de grote steden kan helpen verbeteren en die als een samenhangend geheel gepresenteerd kunnen worden. Deze variëren van 1) het flexibel maken van algemene maatregelen zodat daarbinnen rekening gehouden kan worden met de lokale situatie in de grote steden, 2) het met voorrang invoeren van nieuwe maatregelen in de grote steden, en 3) het in een enkel geval verlenen van een uitzonderingspositie aan zorgverleners of gemeentebesturen van de grote steden, aan de hand van duidelijke criteria.

In de discussie over de stelselherziening dient VWS apart aandacht te schenken aan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Dit zal in de komende jaren immers steeds belangrijker worden. Zonder die samenwerking zal een goede, samenhangende zorginfrastructuur in de achterstandswijken moeilijk van de grond komen.

- Gemeentebesturen van de grote steden hebben slechts beperkte invloed op de organisatie van de gezondheidszorg. Wel kunnen en moeten ze helpen om personeels- en huisvestingsproblemen op te lossen, onder meer door te zoeken naar mogelijkheden om zorgpersoneel voorrang te verlenen bij het verkrijgen van woonruimte, hen voorrang te geven bij parkeervergunningen en door in bestemmingsplannen voldoende ruimte te scheppen voor gezondheidsvoorzieningen in de achterstandswijken. Doordat gemeenten het voortouw hebben bij het vormgeven van de preventieve en welzijnszorg, kunnen en moeten ze het initiatief nemen bij het afstemmingsoverleg met de lokale gezondheidszorgvoorzieningen om samenhangende zorgvoorzieningen te scheppen.
- Het grotestedenbeleid (GSB) kan gemeenten stimuleren aandacht te besteden aan gezondheid en zorg en hen daarbij ondersteunen. Het GSB is immers juist bedoeld als platform om over schotten heen te kijken, om te experimenteren en te innoveren en om ervaringen landelijk uit te wisselen.

Aanbevelingen voor onderzoek

Op een aantal punten stuit dit rapport op lacunes in het beschikbare onderzoek waardoor sommige aspecten van de zorg in de grote steden niet goed belicht konden worden. Daarnaast wijzen de beschreven toekomstige ontwikkelingen op de noodzaak van nieuw onderzoek om verbeteringen in de toegang en kwaliteit in de toekomst onderzoeksmatig te kunnen ondersteunen.

De toegang en kwaliteit van de zorg voor verschillende doelgroepen met gezondheidsachterstand

- Het is wenselijk de *toegankelijkheid* van de zorg voor bevolkingsgroepen met sociaal-economische achterstand ook in de toekomst te blijven monitoren, omdat er ingrijpende veranderingen in het financieringsstelsel van de zorg aankomen en het niet zeker is welke invloed deze stelselwijzigingen hebben op de toegankelijkheid van de zorg juist voor deze groepen. Daarbij moet het onderzoek zich ook richten op mensen die geen huisarts hebben, rechtstreeks naar de eerstehulpdiensten van ziekenhuizen gaan of niet in het bezit zijn van een ziektekostenverzekering.
- Veel onderzoek naar de zorg voor allochtonen beperkt zich tot de vier grote groepen allochtonen in ons land (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen), terwijl er steeds meer andere groepen allochtonen naar Nederland komen met eigen zorgvragen, hulpzoekgedrag en verwachtingen van de zorg. Meer onderzoek naar de gezondheids- en zorgproblematiek van die nieuwe bevolkingsgroepen in de grote steden is wenselijk.
- Het onderzoek naar de *kwaliteit* van de zorg voor achterstandsgroepen beperkt zich vooral tot ervaringen, verwachtingen en wensen van patiënten en zorgverleners, maar er is in Nederland nog nauwelijks onderzoek naar de uiteindelijke verschillen in de resultaten van de zorg (outcome) voor verschillende bevolkingsgroepen. Meer onderzoek naar die resultaten van de zorg is wenselijk.
- Er is een stelsel van zorgindicatoren nodig om de zorgprestaties in de (achterstandswijken van) steden te meten, zowel om de voortgang en de resultaten van de inspanningen van alle betrokken partijen te meten als om van elkaar te leren via benchmarking. Omdat de zorgproblematiek in de grote steden snel kan veranderen, zeker voor subgroepen binnen de bevolking, en de zorgverlening daar direct een adequaat zorgaanbod tegenover moet stellen is het wenselijk om daarbij niet alleen van landelijke statistieken uit te gaan, maar meer dan in dit rapport mogelijk was, ook ervaringsgegevens en statistieken op wijkniveau mee te nemen.

De samenhang in de zorg

- Om te kunnen leren van elkaar is er bovendien behoefte aan inzicht in succes- en faalkansen van innovatieve samenwerkingsprojecten tussen de verschillende domeinen binnen de zorg (preventie, cure, care en welzijn); dit kan bijvoorbeeld door het beschrijven en analyseren van projecten die als doel hebben de ketenzorg rond bepaalde doelgroepen te verbeteren.
- Om de samenhang tussen de verschillende zorgsectoren in beeld te brengen is het nuttig de beschikbaarheid van de gezondheidszorgvoorzieningen en aanpalende gemeentelijke voorzieningen op wijkniveau in kaart te brengen. Geografische informatiesystemen maken het steeds beter mogelijk om dit in onderlinge samenhang te doen.
- Omdat veel samenwerkingsprojecten belemmeringen kunnen ondervinden van de schotten die er bestaan tussen de gezondheidszorgvoorzieningen (cure en care) en de gemeentelijke voorzieningen (preventie en welzijn) is er behoefte aan een bestuurlijke analyse van het bestaande krachtenveld tussen deze partijen, die verder gaat dan binnen dit rapport mogelijk was.

De arbeidsmarktproblematiek, wachtlijsten en financiering van de zorg

- Veel onderzoek naar de knelpunten op de arbeidsmarkt richt zich op de regionale arbeidsmarkt. Deze geven geen inzicht in de lokale tekorten aan personeel. Er zijn specifieke onderzoeksinspanningen nodig om de beschikbaarheid van zorgpersoneel ook in kaart te brengen op stedelijk niveau en voor disciplines binnen de eerstelijnszorg zelfs op wijkniveau.
- De meeste wachtlijstregistraties kunnen geen inzicht geven in de vraag of mensen in achterstandswijken langer op zorg moeten wachten. Om deze vraag in de toekomst beter te kunnen beantwoorden is het wenselijk dat in ieder geval de woonplaats en liefst ook de postcode van de patiënt voortaan in de wachtlijstregistraties wordt opgenomen.
- Het ontbreekt aan overzicht op welke wijze in de huidige financiering van het zorgstelsel rekening wordt gehouden met de grotere zorgzwaarte en de hogere zorgkosten in de grote steden. In de toekomst zullen zorgverzekeraars steeds meer voor de financiering van de zorg verantwoordelijk worden. Het wordt daarom belangrijk dat zorgverzekeraars een systeem opzetten waarmee zij duidelijk kunnen maken hoe zij rekening houden met de lokale variatie in zorgzwaarte en zorgkosten en hoe zij de zorg in achterstandswijken en voor achterstandsgroepen financieren. Die gegevens zouden op landelijk niveau beschikbaar moeten komen voor onderzoek, monitoring en benchmarking.

LITERATUUR

- Abraham E. Oudere mensen zijn de bomen die schaduw geven: oudere Marokkaanse mannen en vrouwen in de Nederlandse verzorgingsstaat, Amsterdam. Het Spinhuis: 1996.
- Achterberg PW, Kramers PGN. Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief. Bilthoven: RIVM, 2001.
- AEF. Sociale infrastructuur in ontwikkeling. Utrecht: Andersson, Elffers en Felix, 16 november 1999.
- Andrulis DP. Community service and policy strategies to improve health care access in the changing urban environment. *Am J Public Health* 2000; 90: 858-62.
- AOF. Leren van 5 jaar Achterstands Ondersteunings Fonds in Amsterdam. Amsterdam: DHV, 2001.
- Beljaarts M, Veenman J. Het zorgaanbod door allochtonen bekeken: allochtone zorgvragers in de Schilderwijk en Transvaal over hun ervaringen met het zorgaanbod in Den Haag, Rotterdam, Instituut voor sociologisch-economisch onderzoek, 1997.
- Binnenlands Bestuur. Pleidooi voor Grotesteden-toeslag: hoger loon voor verpleegkundige en leraar in stad. 7 februari 2003, pg. 9.
- Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de randstad. Rotterdam, GGD Rotterdam e.o., 1998.
- Bolt G. Wooncarrières van Turken en Marokkanen in ruimtelijk perspectief. Utrecht: Ac. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, Nederlandse Geografische Studies 28, 2001.
- Boomstra R, Wennink J. Intercultureel kwaliteitsbeleid voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Migrantenstudies* 2001; 2: 85-97.
- Boot JM, Knapen MHJM. De Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: Het Spectrum. 1990.
- Bruijnzeels MA. De multiculturele huisartspraktijk. *Migrantenstudies* 2001; 2: 72-84.
- Bruijnzeels MA, Choté A. Advies structurele financiering en organisatorische inbedding van de allochtone zorgconsulent. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, 2002.
- Bruijnzeels MA, Hoop T de, Voorham AJJ. Migrantenverlichting in de huisartsenpraktijk in Rotterdam-Zuid: een evaluatieverslag van de pilotfase. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 1998.
- Brussel GHA van, Buster MCA. OGGZ-monitor Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2002.
- Burger I, Struben HWA. Haagse harddruggebruikers en het bereik van politie- en verslavingszorg opnieuw bekeken. *Epidemiologisch Bulletin* 2001; 3: 3-9.
- BZK. Brief over grotestedenbeleid. Den Haag, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 21062, nr. 107, 22 november 2002a.
- BZK. Samenwerken aan de kracht van de stad. Actieplan Grotestedenbeleid 2002-2009. Den Haag, MR-versie, 22 november 2002b.
- Campen C van, Timmermans CJ, Woittiez I, Helsing-Wagner JC, Iedema J, Wit JSJ de. Modelontwikkeling thuiszorg. Den Haag: SCP, 2000.
- CBS. Huishoudensprognose 2020. Voorburg: CBS, 2001.
- CBS. Allochtonen in Nederland 2002. Voorburg: CBS, 2002.
- CBS. Statistical Yearbook of the Netherlands. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.
- CBS. StatLine. <<http://www.statline.cbs.nl>>
- Claessens B. Al in 2004 kunnen 3 miljoen Nederlanders zonder huisarts zitten. Interview met Piet Klinkhamer, huisarts en bestuurslid LHV. *Health Management Forum*, 1 maart 2001; 7: 9-15.
- Commissie modernisering eerste lijn. Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: LHV, NHG, ZN, mei 2002.
- CPB. Op weg naar een effectiever grotestedenbeleid. Werkdocument 117. Den Haag: CPB, 2000.
- CPB. Economische Verkenningen 2003-2006. Den Haag: CPB, 2002.
- Crommentuijn LEM (red). Regionaal en lokaal uitwerking voor SceNe. Een kwartet ruimtelijke scenario's voor Nederland. Bilthoven: RIVM, rapportnr. 550008001, 2002.
- Crul BVM. De overheid loopt achter de feiten aan. Interview met Roger van Boxtel, minister voor Grote Steden en Integratiebeleid. Medisch contact: 14 juli 2000.
- Dagevos J. De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland: stand van zaken, ontwikkelingen en informatielacunes. Den Haag: SCP, 2001.
- Dane A, Sixma H, Dekker J. ZON- programma thuiszorgtechnologie: evaluatie 2000. Utrecht: NIVEL, 2001.
- De G5: op weg naar complete steden. Laat ons het werk afmaken. Alkmaar, Amersfoort, Emmen, Lelystad en Zaanstad, 2002.
- Dekker J, Peen J, Heijnen P, Kwakman H, Sanders H. Psychiatrische opnamen in Amsterdam naar etnische achtergrond en diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996; 140 (7): 368-71.

- Delnoij DMJ, Klazinga NS, Glasgow I, Custers T. Gezondheid, zorg en stelsel, AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Den Haag: Sdu-uitgevers. 2001.
- DGV/NIGZ. Allochtonen en geneesmiddelengebruik. Verslag van een expertmeeting, 22 november 1995. Utrecht: DGV/NIGZ, 1996.
- Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MCA, Uitenbroek D, Reijneveld SA. Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. TSG 2000; 78: 217-222.
- Dominguez Martinez S, Vreeswijk A. Ruimtelijke concentratie van allochtonen. In: Veenman J (red.). De toekomst in meervoud. Perspectief op multicultureel Nederland. Assen: Van Gorcum bv, 2002.
- Driest P, Vinex en de nieuwe woonzorgplannen. In: Hortulanus RP, Machielse JEM (red.). Op het snijvlak van de fysieke en sociale omgeving. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie bv, 2001: 103-14.
- Dulk CJ den, Stadt H van de, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. CBS, Mndstat bevolk; 92/7.
- El Fakiri F, Kulu Glasgow I, Weide MG, Foets M. Kraamzorg in allochtone gezinnen, Utrecht: NIVEL, 1999.
- El Haddouchi M. Marokkanen bij de huisarts aan het woord; de mate waarin de huisarts de reden van komst achterhaalt. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2000; (5): 219-24.
- Ende MA van der, Leenders MM, Tanzer D, Jansen CW, Donker van Heel PA. Arbeidsmarktknelpunten bij gemeenten, politie, onderwijs en zorg en welzijn in de grote steden. Rotterdam: Ecorys-Nei. Arbeid & Sociaal beleid, oktober 2002.
- Fijn R, Schaafsma ES, Maduro LM, Brouwers JRB. Ramadan: een farmacotherapeutische uitdaging. Pharmaceutisch weekblad 2002; 137 (5): 187-93.
- Fokkema T, Solinghe H van. Grote steden minder grijs. Strijd om zorgvoorzieningen tussen stad en rand. Den Haag: NIDI-Demos, mei 1998.
- Garretsen HFL, Raat H. Gezondheid in de vier grote steden. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Voorstudies en achtergronden V65. 's Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1989.
- Gemeente Amsterdam. Amsterdam complete stad, Stadsvisie tot 2010. Stadsvisie en Meerjaren Ontwikkelingsprogramma's Grotestedenbeleid. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, oktober 1999.
- Gemeente Arnhem. Meerjaren Ontwikkelingsprogramma. Arnhem natuurlijk kruispunt. Arnhem: Gemeente Arnhem, 1 november 1999.
- Gemeente Den Haag. De kracht van Den Haag: een stad die actief investeert in mensen, hun werk, wonen, cultuur en welzijn. Haags plan grotestedenbeleid (GSB/ISV) periode 2000-2003/4. Den Haag: Gemeente Den Haag, 1 november 1999.
- Gemeente Den Haag. Gezondheidsmonitor 1999. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Gemeente Den Haag, 1999.
- Gemeente Den Haag. Gezondheidsmonitor 2002. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Gemeente Den Haag, 2002.
- Gemeente Emmen. Ontwikkelingsprogramma Leefbaarheid en Jeugd in Emmermeer en Zwartemeer, Grotestedenbeleid. Emmen: Gemeente Emmen, december 1999.
- Gemeente Helmond. Meerjaren Ontwikkelingsprogramma Grotestedenbeleid Helmond. Uitwerking Stadsvisie Helmond 2010. Naar een dynamisch evenwicht. Helmond: Gemeente Helmond, 14 oktober 1999.
- Gemeente Hengelo. Meerjaren Ontwikkelingsprogramma Hengelo. Hengeloo: Gemeente Hengelo, 1999.
- Gemeente Leeuwarden. Meerjaren Ontwikkelingsprogramma in het kader van GSB en ISV. Leeuwarden: Gemeente Leeuwarden, 18 oktober 1999.
- Gemeente Maastricht. Ontwikkelingsprogramma 2000-2004, Mensen maken Maastricht. Maastricht: Gemeente Maastricht, tweede editie, december 1999.
- Gemeente Rotterdam. Visie 2010, Rotterdam op koers. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, november 1999.
- Gemeente Utrecht. Stedelijk Ontwikkelingsplan gemeente Utrecht, Meer stad, betere wijken. Utrecht: Gemeente Utrecht, 1999.
- Gerits YC, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken, in: TSG 2001; 79 (1): 16-20.
- GG&GD Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000. Amsterdam: GG&GD, 2001.
- Gunning-Schepers LJ, Jansen J. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. IV Effecten van preventie, Bilthoven, RIVM, 1997.
- Hanrahan MH, Tenhaeff CR. Thuiszorg. In: Have-man HB, Uniken Venema HP. Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem, 1996.
- Harmsen JAM, Bruijnzeels MA. Een interventie op interculturele communicatie in de huisartspraktijk; the Rotterdam Intercultural Communication in the Medical Setting Study (RICCIM). Rotterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskun-

- de en Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.
- Have M ten, Dorsselaer S, Giesbers H, Veen AA van der, Vollebergh W. AGGZ op de kaart: Vraag en aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg in regionaal perspectief. Utrecht/Bilthoven: RIVM/Trimbos-instituut, 2002.
- Have M ten, Rodriguez M, Bijl R. Hulpverlening aan allochtone vrouwen met psychische problemen: Het hulpaanbod in Amsterdam voor Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen met psychische problemen. Utrecht: NCGV, 1996.
- Haveman HB, Uniken Venema HP. Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem, 1996.
- Hingstman L, Kenens R, Windt W van der, Talma HF, Meihuizen HE, Voogd-Hamelink AM de. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001. Hoofdrapport en bijlagen. OSA-publicatie ZW 21, oktober 2001.
- Health Management Forum. Themanummer Toekomst eerstelijnsgezondheidszorg. Maart 2001; 7 (1).
- Hebing B. Eerstelijns is dringend aan een 'facelift' toe. Health Management Forum maart 2001; 7 (1): 36-7.
- Hogewind SN, Bakas A. Stad in spanning. Den Haag: SMO, 2002.
- Hooimeijer P, Oskamp A, Sogelée G. Deconcentratie vanuit zorginstellingen. Delft: ABF Research, 2001.
- Hortulanus R, Machielse A, Meeuwesen L. Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. Den Haag: Elsevier overheid, 2003.
- Hosper K, Hof S van 't, Knipscheer J, Vollebergh W, Bijl R. Allochtone cliënten in de ambulante GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Hosper KJ, Knipscheer J, Kleber R, Vollebergh W. Culturele diversiteit en gelijkheid in de Geestelijke Gezondheidszorg - Cliënten en hulpverleners vergeleken, *De Psycholoog* 1999; 34 (6): 278-83.
- Hugte G van, Smulders R. 'Zolang ik leef, kan ik ook nog beter worden'. Chronisch zieke oudere Turken en Marokkanen. Utrecht: NCB/SDG, 1997.
- Huisartsenzorg in achterstandswijken. Nota LHV: 95/6554/BK, 1995.
- Huiskamp N, Vis H, Swart W, Voorham T. Gezondheid in kaart, Allochtonen, gezondheidsproblemen en preventiemogelijkheden in kaart gebracht. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2000.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kraamzorg. Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. Den Haag: IGZ, 2001.
- Intermediair. Nederland in 2050. Waarom we immigranten moeten koesteren. 2003: 1-2.
- Juttmann RE, Wala M, Natris E de, Labadie J, Groot R de, Rumke HC. Deelname aan een vaccinatieonderzoek op het consultatiebureau en verschillen hierin tussen autochtonen en allochtonen. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg* 1996; 28 (4): 73-6.
- Kenens RJ, Velden LFJ van der, Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Utrecht: NIVEL, 2003 (in druk).
- Kloosterboer D, Yilmaz B. De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: NISBO, 1997.
- Knipscheer J, Kleber R. Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog* 1998; 33 (4): 151-7.
- Koopmans M, Uitenbroek DG. Effectevaluatie VETC in de huisartsenpraktijk. De eerste naming. Amsterdam: GG&GD, 2001.
- Korfker DG, Herschderfer KC, Boer JB de, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland; een landelijk onderzoek. Eindrapportage 'Kraamzorg voor allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen'. Leiden: TNO Divisie Jeugd, 2002.
- Kornalijslijper N, Schoenmakers C, Serrée B. Monitor Lokaal gezondheidsbeleid, resultaten nulmeting. Den Haag: SGB, 2002.
- Kosec H. Tussen nostalgie en werkelijkheid: verkennend onderzoek naar zorgopvattingen van allochtone ouderen in relatie tot de Stichting thuiszorg Rotterdam. Scala: 2001.
- Kroesen M. Voorlichting nu en in de toekomst, in: Allochtonen en geneesmiddelengebruik. Verslag van een expertmeeting, 22 november 1995. Utrecht: DGV/NIGZ, 1996.
- Kroesen M. VETC-ers als intermediair in de Amsterdamse huisartsenpraktijk. *GG&GD magazine* juli/aug 1999 : pg. 12.
- Kuijjer R de. Zorgconsulent slaat brug tussen arts en allochtone patiënt. *Bijeen* nov 2001: pg. 44-7.
- Kulu Glasgow I, Bakker D de, Weide M, Arts S. Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Kwekkeboom MH. Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: SCP, 2001.
- Laere IRAL. Zorg voor zieke zwervers. *Medisch Contact*, 3 november 2000.
- Lebbink P. Weet u de weg naar Den Haag, Tunis of Transvaal? *Pharmaceutisch weekblad* 2002; 137 (5): 174-5.

- LHV. Beleidskader voor de fondsvorming ter ondersteuning van huisartsen in achterstandsgebieden, nota LHV: 96/7250/BK, 1996.
- Lindert H, Friele R, Sixma H. Wat vinden migranten belangrijk in de huisartsenzorg? De verlanglijst van migranten. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Lourens J, Scholten C, Werf C van der, Ziegelaar A. Verkommerden en verloederden. Een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland. Leiden: Research voor Beleid, 2002.
- Lucht F van der, Verkleij H (red.). Gezondheid in de grote steden: achterstanden en kansen. Bilt-hoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu van Lochem, 2001.
- Manifest G4. De stad in de wereld, de wereld in de stad. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, 21 december 2001.
- Martens EP Minderheden in beeld: SPVA-98. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO), 1999.
- Mechelen P van. Allochtone zorgconsulenten in de eerstelijnszorg, in: De intermediair als bruggenbouwer. Utrecht: Forum, 2000.
- Medisch Contact. Gezondheidszorg in een multiculturele samenleving. Medisch Contact 1998; 53 (25): 843-72.
- Meer IM van den, Uitenbroek DG. Lichamelijke beperkingen en het gebruik van zorg. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam: GG&GD, 2001.
- Meer J van der. Equal care, equal cure? Ac. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.
- Memorandum G21. Ruimte maken voor resultaat. Memorandum van de G21 ten behoeve van de actualisering van het grotestedenbeleid. Den Haag, februari 2002.
- Mennink S, Latijnhouwers M. Patiëntenbijsluiters in een multiculturele samenleving. Pharmaceutisch weekblad 2002; 137 (5): 183-5.
- Middelkoop BJ et al.: Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. Int J Epidemiol 1999; 1119-23.
- Mulders J. Maatregelen voor de volksgezondheid in de collegeprogramma's. Gezonde gemeente 2002; 6 (3) oktober 2002: pg. 2.
- Nelissen H, Morée M. Mantelzorg en allochtonen 2001. Visie en voorstellen. Utrecht: Forum/LCO/LOT/NIZW, 2001.
- Nimwegen N van, Beets G (eds.). Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2000. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 2000.
- NRC. Risico's door onbegrip tussen arts en allochtoon, 1 november 2002.
- NVZ. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. <<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl>>.
- Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Oort, M van, Kulu Glasgow I, Weide M, Bakker D de. Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende hulpafdelingen. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Paes AHP. Communicatie is meer dan taal. Pharmaceutisch weekblad 2002; 137 (5): 177-80.
- Pana, G. Help, de dokter verzuipt! NRC, 19 oktober 2002.
- Penris M, Koornstra A. Een gezond Grotestedenbeleid? Een screening van de gezondheidseffecten van de meerjarenontwikkelingsprogramma's 1999-2003 van vier gemeenten. Bilthoven/Utrecht: RIVM, rapportnummer 270011001/GGD Nederland, 2003.
- Polikar L, Wennink HJ, Hosper K, Smit C. De allochtone cliënten van de geestelijke gezondheidszorg. TSG 2000; 78 (5): 263-5.
- Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam: GG&GD, 2001.
- Programmacommissie SEG-VII (commissie Albeda). Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEG-VII. Den Haag: ZON, 2001.
- Putters K. Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse gezondheidszorg. Rotterdam: Van Gorcum, 2001.
- Querido A. Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965.
- Reijneveld SA. Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? Journal of Community Health 1998; 52: 298-304.
- Reijneveld SA. The cross-cultural validity of self-reported use of health care; a comparison of survey and registration data. Journal of Clinical Epidemiology 2000; 53: 267-72.
- Reijneveld SA, Stronks K. The impact of response bias on estimates of health care utilisation in a metropolitan area: the use of administrative data. International Journal of Epidemiology 1999; 28: 1134-40.
- Rigter H et al. Brancherapport GGZ-MZ 1998-2001. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.
- RIVM. Nationale Milieuverkenning 5, 2000-2030. Alphen aan de Rijn: Samson bv, 2000.
- RVZ. Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- RVZ. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

- RVZ. Advies Volksgezondheid & Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- RVZ. Samen leven in de samenleving. Community care en community living. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Schapendonk-Maas H. Allochtone eenouders. CBS, Maandstatistiek van de bevolking 2002; 50: 18-9.
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk: vraagstellingen en methoden. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Schellevis FG, Westert, GP, Bakker, DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts Wet 2003; 46 (1): 7-12.
- Schreuder RF. Herstructurering eerste lijn. Editorial. Health Management Forum maart 2001; 7 (1):3.
- Schuller R, Bakker DH de. Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken. Utrecht: NIVEL, 1996.
- SCP. Sociaal Cultureel Rapport. 25 jaar sociale verandering. Rijswijk/Den Haag: SCP/Elsevier, 1998.
- SCP. Sociaal Cultureel Rapport. De kwaliteit van de quataire sector. Den Haag: SCP, 2002.
- SCP/CPB. Trends, Dilemma's en beleid. Essays over ontwikkelingen op langere termijn. Den Haag: SCP/CPB, 2000.
- Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds.). Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care. Board on Health Sciences Policy. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2002.
- Smits JPM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid vna zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, Rapport nr. 279601002, 2002.
- Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. Psychiatrische stoornissen in de grote steden. In: Lucht F van der, Verkleij H (red.). Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 32-33.
- Streek J van der. Allochtone voorlichter in huisartsenpraktijk herstelt moeizame migrantenzorg. Medisch Vandaag okt. 2001; 19: 24-5.
- Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? J Epidemiol Community Health 2001; 55: 701-7.
- Swaan A de, Gelderen R van, Kense V. Het spreekuur als opgave. Utrecht: Het Spectrum, 1979.
- Taskforce aanpak wachtlijsten. Landelijke rapportage. Resultaten wachtlijstinventarisatie sector verpleging & verzorging. Peildatum 1 oktober 2001. Den Haag: VWS/ZN, 2002a.
- Taskforce aanpak wachtlijsten. Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg. Peildatum 1 januari 2002. Den Haag: VWS/ZN, 2002b.
- Tesser PTM, Dugteren FA van, Merens JFG. Rapportage minderheden 1998. Den Haag: SCP, 1998.
- Thiel T van, Bonarius M. Allochtonen over zorg en hulpverleningsvoorzieningen in de regio Westelijk Noord-Brabant. OGGZ-Zorgvernieuwing: 1997.
- Thomas R, Mans L, Kijlstra MA, Logghe KLR. Allochtonen en revalidatiezorg. Een inventarisatie van knelpunten. Utrecht: ZON, 1999.
- Tuenter S, Broertjes J. Allochtonen beter vergeleken, aangepaste voorlichting ouderen in thuiszorg van belang. Tijdschrift gezondheidsvoorlichting 2001; 18, 8 (2): 18-9.
- Tweede kamer. Verslag van een schriftelijk overleg over het plan van aanpak Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Vergaderjaar 2001-2002, 28008, nr. 44, 2002.
- Veenman J (red.): De toekomst in meervoud. Perspectief op multicultureel Nederland. Assen: Van Gorcum bv, 2002.
- Veer AJE de, Francke AL, Hutten JB. Allochtonen en de thuiszorg: bereik, verrichtingen en opbrengsten. Utrecht: NIVEL/ STOOM, 2001.
- Velden J van der, Rasch PC, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden: een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 1997, 141: 693-7.
- Velden LFJ van der, Kenens RJ, Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Vereniging Deltametropool. Actieplan 2002. Delft: 2002.
- Verheij RA. Urban-rural variations in health care. Utrecht: Ac. proefschrift, Rijksuniversiteit Utrecht, 1999.
- Verheij RA, Bakker DH, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Verheij RA, Boven PF van, Kosterman F. OZK binnen bereik? De toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in geografisch perspectief. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Verheij RA, Reijneveld SA, De Bakker DH. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht/Leiden: NIVEL/TNO PG, 1998.
- Verkleij H. Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. Bilthoven: RIVM, Dienst Informatie en Analyse (DIA), 1999.

- Verkleij H. Verslag Conferentie Zorg in de grote steden gehouden op 23 oktober 2002, Ministerie van VWS, Den Haag. Bilthoven: RIVM, 2002 (intern verslag).
- Vink M. De dokter begrijpt me niet. Onderzoek naar de ervaringen van migranten met de huisartsenzorg in Amsterdam. Amsterdam: AP/CP, 2002.
- VNG. Gemeentelijk beleid ten aanzien van huisartsenzorg. Brief VNG aan haar leden, Den Haag: VNG, 29 januari 2002.
- Voorham AJJ, Hoop T de. Draagvlak voor inzet van migrantenvoorlichtsters in Rotterdamse multiculturele huisartsenpraktijken. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., 2000.
- VROM. Woonverkenningen. Wonen in 2030. Den Haag: Ministerie van VROM, 1997.
- VROM. Namen van aandachtswijken bekend gemaakt. Persbericht 19 februari 2003 (www.minvrom.nl).
- Vulto M. Een stille revolutie in de regio. Rapportage HMF-plafrom 'Gezondheidszorg en lokaal bestuur. Health Management Forum maart 2001; 7 (1): 42.
- VWS. Zorg aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Tweede Kamer, 2000-2001 27855 nrs.1-2. Den Haag: Sdu uitgevers, 2001.
- VWS. Beleidsbrief Modernisering curatieve zorg, tweede fase. Den Haag, 27 februari 2001. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 23619, nr.18, 2001a.
- VWS. Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28169, nrs. 1-3. 2001b.
- VWS. Kabinetsstandpunt over de eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programma-commissie SEGV-II "Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen" en de VTV-studie "Gezondheid in de grote steden". Den Haag, 16 november 2001, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28000 XVI, nr. 18, 2001c.
- VWS. Plan van aanpak interculturalisatie van de gezondheidszorg VWS-01-1716, 30 november 2001, 2001d.
- VWS. Plan van aanpak capaciteit zorgverleners. Den Haag, 12 november 2001. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28008, nr.7, 2001e.
- VWS. Brief over Modernisering huisartsenzorg. (CZ/EZ/2238162), 3 december 2001, 2001f.
- VWS. Zorgnota 2002. Den Haag, september 2001. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28008, nr. 2, 2001g.
- VWS. Standpunt eindadviezen Taskforce Vermaatschappelijking en RMO. Den Haag, 5 maart 2002, Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 25424, nr. 41, 2002a.
- VWS. Brief over verruiming flexizorgregeling. Z/VU-2341492, 17 december 2002b.
- VWS. Zorg in de buurt. Versterking huisartsenzorg. Brief aan de Tweede Kamer. Den Haag, 31 maart 2003.
- WBO. Data uit het Woningbehoefteonderzoek 1998. Heerlen/Voorburg/Den Haag: CBS/Ministerie van VROM, 1998.
- Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. TSG 1997; 75: 4-12.
- Weide MG, Foets M. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1998; 41 (4): 179-83.
- Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1998a; 142 (38): 2105-9.
- Weide MG, Foets M. Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult. TSG 1998b; 76 (6): 305-10.
- Werkgroep Interculturele Verpleging & Verzorging. Cultureel passende zorg in de praktijk. Consultatie als middel, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- Wersch SFM van, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen, in: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning II, Gezondheidsverschillen. Bilthoven: RIVM, 1997, 199-223.
- Wieringen JCM van, et al. Interculturele communicatie in de huisartspraktijk. Utrecht/Rotterdam: Centrum voor Migratie en Gezondheid van het kind. Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, EUR, 1999.
- Windt W van der. RegioMarge Verpleging en verzorging 2001, een arbeidsmarktverkenning. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002.
- Windt W van der. RegioMarge Verpleging en verzorging 2002, een arbeidsmarktverkenning. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.
- Wolf J, Zwikker M, Nicholas S, Bakel H van, Reinking D, Leiden I van. Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.
- Yerden, I. Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland, Amsterdam: Het Spinhuis, 2000.
- ZAO. Voorlichters eigen taal en cultuur ondersteunen huisarts. ZAO Nieuwsbrief 2, 1999.
- Zorgverzekeraars Nederland. Visie zorgverzekeraars op herstructurering eerstelijnszorg. Zeist: ZN, augustus 2002.

Bijlage 1: Samenstelling beleidsadviesgroep ‘Zorg in de grote steden’

Voorzitter

Drs. W.J.M. Woertman
Directie Sociaal Beleid, Ministerie van VWS,
Den Haag

Secretaris

Drs. P.L. Meijer
Directie Sociaal Beleid, Ministerie van VWS,
Den Haag

Mw. dr. J.G. Simon (*plv.*)
Directie Sociaal Beleid, Ministerie van VWS,
Den Haag

Overige leden

Drs. G.T.M. Adriaansens
Projectgroep Modernisering AWBZ, Ministerie
van VWS, Den Haag

Mw. drs. C.C. Albeda
Directie Curatieve Zorg, Ministerie van VWS,
Den Haag

Drs. G.T.M. Braams
Directie Gehandicaptenbeleid, Ministerie van
VWS, Den Haag

Mw. drs. J. Derks
Directie Grote Stedenbeleid en Interbestuur-
lijke Betrekkingen, Ministerie van BZK,
Den Haag, *tot 1 januari 2003*

Drs. E.J. Hendriks
Afdeling Interbestuurlijke Betrekkingen, Direc-
toraat-Generaal Openbaar Bestuur, Ministerie
van BZK, Den Haag, *vanaf 1 januari 2003*

Mw. drs. A. den Hoed
Directie Geestelijke gezondheidszorg,
Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang,
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. ing. J.B.M. Krijnen
Directie Verpleging, Verzorging en Ouderen,
Ministerie van VWS, Den Haag

Dr. M.F.J. van Tilburg, *tot 1 januari 2003*
Directie Preventie en Openbare Gezondheids-
zorg, Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. drs. H.A. Post
Directie Macroeconomische Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid, Ministerie van
VWS, Den Haag

Mw. drs. M. van der Voet, *vanaf 1 januari 2003*
Directie Preventie en Openbare Gezondheids-
zorg, Ministerie van VWS, Den Haag

J.K. van Wijngaarden, arts
Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag

Bijlage 2: Lijst van Auteurs

- Dr. D.H. de Bakker
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Mw. drs. T. van Batenburg
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- Mw. drs. M.C.M. Busch
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.
- Drs. W. Devillé
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Mw. drs. ing. H. Giesbers
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- Mw. drs. J. Habraken
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Mw. drs. M. ten Have
Trimbos-instituut, Utrecht
- Dr. L. Hingstman
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Drs. A.E.M. de Hollander
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- Drs. R.J. Kenens
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Prof. Dr. N.S. Klazinga
Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- Dr. F. van der Lucht
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- Drs. T. Plochg
Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
- Dhr. J.W.J.M. van Poppel
Instituut voor Arbeidsmarktvragestukken, Tilburg
- Mw. drs. C. Schoenmakers
SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag
- Mw. Drs. E.H. Uiters
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Dr. L.F.J. van der Velden
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Dr. R.A. Verheij
NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Dr. H. Verkleij
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- Dr. G.P. Westert
Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek, RIVM, Bilthoven
- Mw. Drs. S.F.M. van Wersch
Instituut voor Arbeidsmarktvragestukken, Tilburg
- Dhr. W. van der Windt
Prismant, Utrecht

Bijlage 3: Samenstelling GGD-werkgroep Grotestedenbeleid¹

Voorzitter

Mw. A. Koornstra GGD Nederland, Utrecht

Leden

Mw. drs. H.J. Bazuin	HVD Groningen
Mw. ir. A.M. van der Beek	GGD Flevoland
Drs. S.J.M. Belleman	GG&GD Amsterdam
Mw. mr. B. Jansdam	GG&GD Utrecht
Mw. drs. E.A.M. Joosen	Dienst OCW, Gemeente Den Haag
Mw. drs. I.G.A. Lottman	GGD Zuid-Holland Noord
Mw. ir. J. Oude Ophuis	GGD Rotterdam.e.o.
R.H.J. Staijen	GGD Twente
H.F.W. van der Vleuten	GGD Eindhoven
M.H. Waterman	Dienst OCW, Gemeente Den Haag

¹ de werkgroep maakt deel uit van de vakgroep Gemeentelijk Gezondheidsbeleid van GGD-Nederland.

Bijlage 4: Geraadpleegde referenten

Dankwoord

Op deze plaats willen wij hartelijk dankzeggen aan de personen die commentaar hebben gegeven op onderdelen van dit rapport. De tekst blijft uiteraard voor rekening van de redactie en van de auteurs van de verschillende onderdelen.

Dr. P. Achterberg Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	Mw. L. Knotter Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag
Dr. D.H. de Bakker NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht	Dr. P. Kramers Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
Drs. S. Belleman GG&GD, Amsterdam	Dr. F. van der Lucht Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
Mw. drs. J. van den Berg-Jeths Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven	Dr. ing. H. van Oers Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
Dr. M.A. Bruijnzeels Erasmus Universiteit, Rotterdam	Drs. L.J. Stokx, arts MPA Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven
Prof. dr. H.F.L. Garretsen Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg	Dr. S.A. Reijneveld TNO Preventie en Gezondheid, Leiden
Mw. drs. J.M.M. Geurts Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen	Mw. dr. K. Stronks Universiteit van Amsterdam, Amsterdam
Prof. dr. T.E.D. van de Grinten Erasmus Universiteit, Rotterdam	Prof. dr. E.W.M. Tops Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg
Dr. L. Hingstman NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht	Mw. prof. dr. W.A.M. Vollebergh Trimbos-instituut, Utrecht
Mw. dr. I. Joung Erasmus Universiteit, Rotterdam	

Bijlage 5: Begrippenlijst

Ambulante zorg	Zie zorg.
Allochtoon	Persoon van wie tenminste één ouder in het buitenland is geboren.
Allochtoon, niet-westers	Allochtonen afkomstig uit Afrika, Azië, Latijns-Amerika en Turkije (exclusief Indonesië en Japan).
Achterstandswijk	Een wijk met een relatief hoog percentage bewoners met een lage sociaal-economische status.
Achterstandsbeleid	Beleid dat gericht is op het verminderen van sociale achterstanden, waarbij de maatregelen met name gericht zijn op de achterstandsgroepen zelf.
Basisgezondheidszorg	Collectief preventieve zorg; soms ook gebruikt voor de combinatie van preventie zorg, eerstelijnszorg en maatschappelijke dienstverlening in de wijk.
Care	Primair op verpleging en verzorging gerichte deel van de gezondheidszorg.
Cure	Primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.
Determinant	Een factor die van invloed is op de gezondheid.
Eerstelijnsgezondheidszorg	Zorg die doorgaans zonder verwijzing toegankelijk is en waarbij de geografische afstand gering is.
Facetbeleid	Beleid dat buiten de strikte volksgezondheids sfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van de gezondheid.
Grotestedenbeleid	Het landelijke en lokale beleid dat gericht is op de verbetering van de (achterstands)positie van de grote steden.
Integraal beleid	Het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang benaderen van alle relevante beleidsterreinen rond een bepaald probleem.
Interculturalisatie	Het erkennen van verschillende culturele achtergronden van zorgvragers en daarnaar handelen.
Intersectorale samenwerking	Samenwerking tussen beleidssectoren (op hetzelfde bestuursniveau).
Interventie	Activiteit met als doel het beïnvloeden van een determinant in de gewenste richting.
Levensverwachting	Het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd.
Maatschappelijke achterstandsgroepen	Bevolkingsgroepen die op meerdere dimensies van gewaardeerde kenmerken (uitgezonderd gezondheidstoestand) een sterke achterstand vertonen; (maatschappelijk) kwetsbare groepen.
Mantelzorg	Informele hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven.
Omgevingsadressendichtheid	Maat voor de stedelijkheid van een gebied, gebaseerd op het aantal adressen in de nabije omgeving.
Openbare gezondheidszorg (OGZ)	Onderdelen van de gezondheidszorg en openbaar bestuur die zich richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de gehele bevolking.
Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	Dat deel van de openbare gezondheidszorg dat betrekking heeft op de geestelijke gezondheid.
Ouder- en kindzorg	Preventie, onderzoek, advisering, voorlichting en opvoedingsondersteuning voor kinderen van 0 tot 4 jaar.
Outcome	Het resultaat van een medische behandeling.
Preventie (primair)	Het voorkómen dat nieuwe gevallen van een ziekte (en sterfte) optreden door het wegnemen van de oorzaken.
Scenario	Mogelijke en/of wenselijke toekomstige toestand, alsmede een beschrijving van de gebeurtenissen die vanuit de huidige toestand naar de toekomstige toestand zouden kunnen leiden.

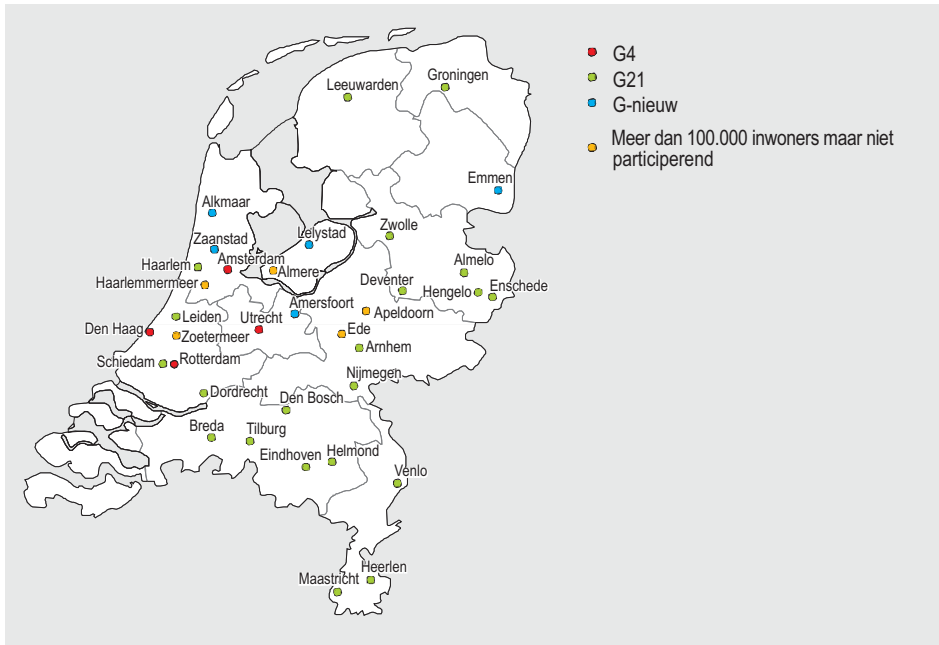
Sociaal-economische status (SES)	Positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, geme- ten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus.
Wachtlijst	Lijst met patiënten die wachten op een zorginterventie, waarbij voor die zorginterventie reeds een indicatie is afge- geven door een zorgverlener.
Zorg	Al die activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en/of de zelfredzaamheid van individu- en op te heffen, te reduceren en/of te compenseren.
Zorg, ambulante	Alle zorg die patiënten krijgen zonder dat ze opgenomen zijn. Synoniem met extramuraal. Tegenover ambulant staat klinisch of intramuraal: de patiënt is dan wel opgenomen.
Zorg, formele	Betaalde, en door professionele hulpverleners verleende zorg die (gedeeltelijk) valt onder het regime van overheids- regulering.
Zorg, informele	Onbetaalde, en/of niet aan opleidings- en kwaliteitseisen gebonden zorg.
Zorgaanbod	Beschikbare middelen om zorg te verlenen (aantal zieken- huisbedden, aantal zorgverleners: huisartsen, verpleegkun- digen, verzorgenden et cetera).
Zorgbehoefte	a. Objectieve (of geobjectiveerde) behoefte aan zorg volgens maatstaven van deskundigen; (defined/normative) needs. b. Subjectieve behoefte aan zorg volgens betrokkenen patiën- ten/cliënten/consumenten); 'wants'.
Zorggebruik	Het daadwerkelijk gebruik van zorg(interventie(s)); de resul- taten van de interactie tussen vraag en aanbod.
Zorgvraag	De geëxpliciteerde (uitgesproken) zorgbehoefte door de betrokkenen (patiënten/cliënten/consumenten); 'demands'.

Bijlage 6: Afkortingen

AEF	Andersson, Elffers en Felix
AGGZ	Ambulante geestelijke gezondheidszorg
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrom
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AOF	Achterstands Ondersteunings Fonds
AOW	Algemene ouderdomswet
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CAZ	Convenant arbeidsmarkt zorgsector
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (o.a. CARA)
CPB	Centraal Planbureau
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
cVTV	Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
DHV	District Huisartsen Vereniging
FTE	Full-time equivalent
G4	Vier grootste steden die participeren in het grotestedenbeleid: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht
G21	Eenentwintig (middel)grote steden die participeren in het grotestedenbeleid: Almelo, Arnhem, Breda, Den Bosch, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede, Groningen, Haarlem, Heerlen, Helmond, Hengelo, Leeuwarden, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Schiedam, Tilburg, Venlo, Zwolle
G25	De G4 en G21 tezamen
G26	De G21 en G-nieuw tezamen
G30	De G4, G21 en G-nieuw tezamen
G-nieuw	Vijf grote steden die gedeeltelijk participeren in het grotestedenbeleid: Alkmaar, Amersfoort, Emmen, Lelystad, Zaanstad
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
GES	Gezondheidseffect Screening
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GLIN	Grijze literatuur in Nederland
GSB	Grotestedenbeleid
GSI	Grote Steden en Integratiebeleid
Hagro	Huisartsengroep
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HOED	Huisartsen onder één dak
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LISV	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen
MAVO	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
MOOZ	Medefinanciering oververtegenwoordiging ouderen in de Ziekenfondswet
MOP	Meerjarenontwikkelingsprogramma
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIDI	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIWI	Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatiediensten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NRC	Nieuwe Rotterdamse Courant
OGZ	Openbare gezondheidszorg

OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PAAZ	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
PGB	Persoonsgebonden budget
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie (van CBS)
PubMed	Database van medische publicaties van de US National Library of Medicine
RBA	Regionaal Bureau voor de Arbeidsvoorziening
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIO	Regionaal indicatie orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal-economische status
SGBO	onderzoeksbureau van de VNG
SLAG	Stimulering lokale aanpak van gezondheidsverschillen
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
SPV	Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
STIOM	Stichting Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK	Tweede Kamer
TNO-PG	TNO-Preventie en Gezondheid
TOED	Tandartsen onder één dak
VETC	Voorlichter eigen taal en cultuur
VINEX	Vierde Nota Ruimtelijke Ordening Extra
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WRR	Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
ZGP	Zelfstandig gevestigde psychiaters
ZFW	Ziekenfondswet
TSG	Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen
WTZ	Wet toegang ziektekostenverzekeringen
ZAO	Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken

Bijlage 7: Indeling grote steden naar deelname grotestedenbeleid¹



¹ sinds begin 2003 zijn de G21 en G-nieuw samengevoegd tot de G26.

Bron: Zwakhals SLN (red.). Steden in het grotestedenbeleid. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, [http://www.zorgatlas.nl/Diversen/Grote steden/mei 2003](http://www.zorgatlas.nl/Diversen/Grote%20steden/mei%202003).

Bijlage 8: Bevolkingskenmerken en verstedelijkingsgraad grote steden per 1 januari 2002

(Bron: CBS, 2002, Lisv, 1999).

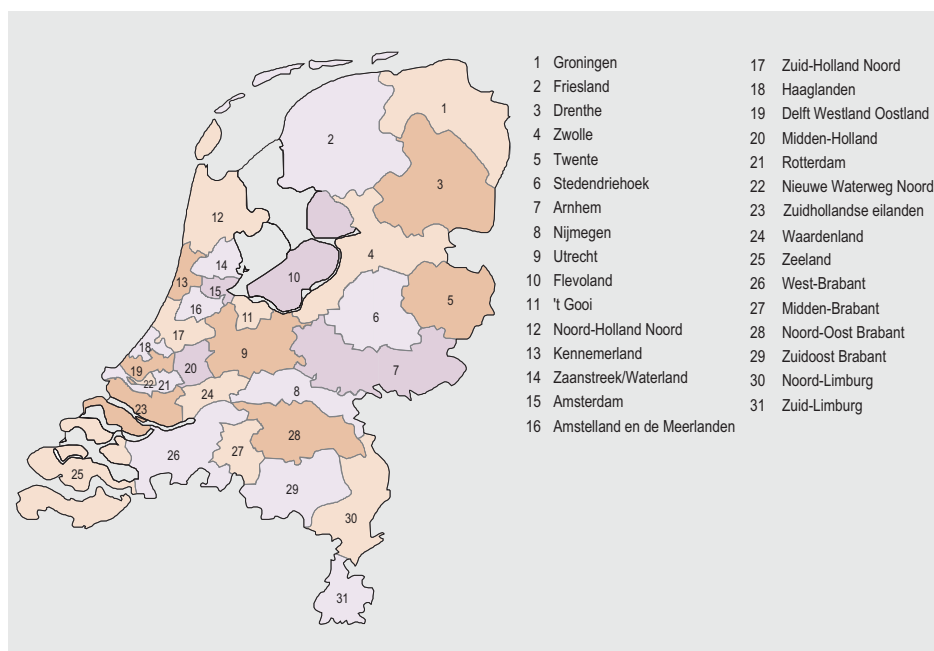
Gemeente		Totale bevolking	% 0-19 jarigen	% 75-plus	% niet-westers allochtonen	% arbeids- ongeschikten ²
<i>G4</i>						
Amsterdam	1 ¹	734.316	20,8	5,9	32,8	9,4
Den Haag	1	458.635	22,7	8,0	29,5	8,4
Rotterdam	1	598.568	23,2	7,4	33,0	7,3
Utrecht	1	260.545	20,7	5,6	19,7	8,8
<i>G21</i>						
Almelo	3	71.013	25,1	6,0	12,2	10,2
Arnhem	2	141.062	21,6	6,4	15,7	9,3
Breda	2	163.275	23,0	6,8	9,4	7,2
Den Bosch	2	131.464	23,3	5,3	9,6	9,0
Deventer	2	85.946	24,1	6,8	11,5	9,6
Dordrecht	2	120.229	25,0	6,6	15,5	6,8
Eindhoven	2	204.596	21,1	6,7	13,5	8,5
Enschede	2	151.584	23,1	6,1	13,1	10,5
Groningen	1	175.506	19,1	6,2	8,4	6,8
Haarlem	1	147.824	21,2	7,6	11,6	10,7
Heerlen	2	95.013	21,2	7,7	6,4	12,8
Helmond	2	82.884	24,9	4,8	10,4	9,1
Hengelo	2	80.873	24,2	6,4	9,9	8,1
Leeuwarden	2	91.281	22,6	7,3	8,2	8,1
Leiden	1	118.077	21,7	5,7	12,7	6,1
Maastricht	2	121.860	20,1	7,3	6,3	10,6
Nijmegen	2	154.589	21,2	6,0	11,4	7,9
Schiedam	1	76.601	23,4	7,4	21,1	7,5
Tilburg	2	197.340	23,6	5,4	12,9	8,8
Venlo	3	91.347	23,3	6,4	9,6	8,5
Zwolle	2	108.906	24,5	6,1	7,8	8,3
<i>G-nieuw</i>						
Alkmaar	2	92.965	24,1	6,0	11,3	9,9
Amersfoort	2	129.667	26,1	5,7	12,4	8,6
Emmen	4	108.388	23,7	6,6	3,4	11,1
Lelystad	3	66.307	26,5	4,2	16,0	10,7
Zaanstad	2	137.565	23,6	6,4	13,9	11,1
<i>G-100.000 plus</i>						
Almere	3	158.976	30,7	2,9	19,8	8,3
Apeldoorn	2	154.809	24,0	7,0	6,3	9,4
Ede	3	103.762	27,9	6,0	6,4	7,6
Haarlemmermeer	3	118.527	25,8	4,3	8,4	8,1
Zoetermeer	2	110.466	26,8	4,9	13,0	6,2
Nederland		16.100.293	24,5	6,1	9,8	8,4

¹ de mate van stedelijkheid op basis van de omgevingsadressendichtheid zoals het CBS hanteert. De volgende indeling wordt hierbij gebruikt:

- 1: zeer sterk stedelijk (2500 of meer adressen)
- 2: sterk stedelijk (1500-2500 adressen)
- 3: matig stedelijk (1000-1500 adressen)
- 4: weinig stedelijk (500-1000 adressen)
- 5: niet-stedelijk (minder dan 5000 adressen)

² percentage arbeidsongeschikten in 1999 ten opzichte van de potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar).

Bijlage 9: Indeling AWBZ-regio's



Figuur: Overzicht van de AWBZ-regio's 2001.

Bijlage 10: Gebruik van zorgvoorzieningen onder specifieke bevolkingsgroepen (Bron: NIVEL, 2^{de} Nationale Studie)

Tabel 1: Gebruik van zorgvoorzieningen onder autochtonen met een lage opleiding naar stedelijkheid (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en verzekeringsvorm.

	Niet stedelijk	Weinig stedelijk	Matig stedelijk	Sterk stedelijk	Zeer sterk stedelijk	Totaal
N	374	811	608	568	353	2714
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	43,0	49,0*	45,3	48,1	54,1*	47,8
> 2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	21,7	17,1	17,7	17,1	19,0	18,1
Contact medisch specialist afgelopen jaar	44,1	45,9	45,2	47,6	47,6	46,1
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	9,1	9,3	8,1	9,7	12,7	9,5
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	16,8	15,8	14,5	21,8	18,1	17,2
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	4,8	4,7	4,0	4,9	7,6	5,0
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	7,2	10,2	9,4	10,6	5,4	9,1
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	8,8	7,2	9,2	9,5	14,7	9,3
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	62,0	53,8	54,0*	59,7	64,6	57,6
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	28,3	32,0	32,8	41,4*	39,9*	34,7

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk ($p < 0.05$).

Tabel 2: Gebruik van zorgvoorzieningen onder autochtonen met een matige tot slechte ervaren gezondheid naar stedelijkheid (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en verzekeringsvorm.

	Niet stedelijk	Weinig stedelijk	Matig stedelijk	Sterk stedelijk	Zeer sterk stedelijk	Totaal
N	154	348	310	307	248	1367
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	61,0	67,5	65,5	62,5	58,9	63,6
> 2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	34,3	25,0	31,2	27,1	26,3	28,2
Contact medisch specialist afgelopen jaar	66,2	70,1	68,7	64,7	70,1	68,1
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	14,3	18,1	14,2	16,6	21,0	17,0
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	30,5	29,3	29,7	32,9	27,0	29,9
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	5,8	12,6*	10,0	13,4*	12,5*	11,4
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	14,9	21,0	17,7	19,5	12,9	17,7
Gebruik thuiszorg afgelopen jaar	14,9	19,0	18,1	16,0	20,2	17,9
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	87,7	81,0	81,9	81,1	83,5	82,4
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	31,2	36,2	35,8	47,2*	44,8*	39,6

* statistisch significant verschil met de referentiegroep niet-stedelijk ($p < 0.05$).

Tabel 3: Gebruik van zorgvoorzieningen per etnische groep met een lage opleiding in de stedelijke gebieden (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en verzekeringsvorm

	Autochtonen	Surinamers	Marokkanen	Turken	Antillianen	Totaal
N	921	107	178	216	62	1484
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	50,4	67,3*	46,6	59,5*	48,4	52,4
>2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	17,5	23,8	26,5	28,1*	25,9	21,0
Contact medisch specialist afgelopen jaar	47,6	60,5*	42,4	59,8*	75,0*	50,8
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	10,9	8,4	6,8	4,2*	8,1	9,1
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	20,4	30,8	15,7*	16,2*	21,0	20,0
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	6,0	10,3	11,2	10,2	12,9	7,8
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	8,6	4,7*	3,4*	4,2*	3,2	6,8
Contact thuiszorg afgelopen jaar	11,5	6,5	2,2	3,3	6,5	8,6
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	61,6	68,6	41,0*	47,2	48,4	57,0
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	40,8	41,4	31,4*	32,9*	43,5	38,7

* statistisch significant verschil met de referentiegroep autochtone bevolking ($p < 0,05$).

Tabel 4: Gebruik van zorgvoorzieningen per etnische groep met een matige tot slechte ervaren gezondheid in de stedelijke gebieden (%). Percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en verzekeringsvorm.

	Autochtonen	Surinamers	Marokkanen	Turken	Antillianen	Totaal
N	555	117	116	126	60	974
Contact huisarts afgelopen 2 maanden	60,9	70,1*	67,8	73,8*	68,3	65,0
> 2 keer contact huisarts afgelopen 2 maanden	26,8	44,5*	37,4	39,6*	34,3	32,3
Contact medisch specialist afgelopen jaar	67,1	71,9	58,9	80,3*	79,8*	69,2
Opname ziekenhuis/kliniek afgelopen jaar	18,6	15,4	8,6*	10,4	11,7	15,5
Contact fysiotherapeut/ oefentherapeut afgelopen jaar	30,3	37,6	20,7*	23,0*	21,7	28,5
Contact psychosociale hulpverleners afgelopen jaar	13,0	17,1	22,4	21,4	21,7	16,2
Contact andere hulpverleners afgelopen jaar	16,6	7,7*	6,1*	5,6*	8,3*	12,3
Contact thuiszorg afgelopen jaar	17,8	10,3	2,6	4,8	13,3	13,1
Gebruik voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	82,2	83,8	64,7	61,9*	73,3	77,1
Gebruik niet-voorgeschreven medicijnen afgelopen 14 dagen	46,1	42,3	41,2	38,1*	45,0	44,0

* statistisch significant verschil met de referentiegroep autochtone bevolking ($p < 0,05$).

Bijlage 11: Literatuuroverzicht kwaliteit van zorg voor allochtonen in de grote steden

Tabel: Kennis, verwachtingen en ervaringen van allochtone zorgvragers met de eerste lijn en verwachtingen en ervaringen van zorgverleners in de eerste lijn.

	Allochtone zorgvragers		Zorgverleners		Bron	
	Verwachtingen	Ervaringen	Verwachtingen	Ervaringen		
Huisartsenzorg	<ul style="list-style-type: none"> - goed bekend door de nadrukkelijke rol die de huisarts in de Nederlandse zorg speelt - in veel herkomstlanden echter niet bekend 	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts luistert, toont begrip, heeft aandacht en toont betrokkenheid - huisarts neemt klachten serieus en neemt tijd voor uitleg - huisarts geeft informatie over onderzoek en behandeling in de tweede lijn - snelle verwijzing naar specialist 	<ul style="list-style-type: none"> - niet begrepen worden - niet serieus genomen worden - te weinig tijd van huisarts krijgen/kortere duur consulten (met name Turken en Marokkanen) - niet snel genoeg doorverwezen worden - ontvreemdenheid over voorschreven medicatie - minder vaak voorlichting of therapeutisch gesprek ontvangen - onvoldoende informatie krijgen in de eigen taal over de gezondheidszorg, eigen ziekte en behandelmogelijkheden- onvoldoende uitleg over reden onderzoek, medicatie e.d. (Turken en Marokkanen) - huisarts heeft geringe kennis over cultuur en leefgewoonten 	<ul style="list-style-type: none"> - geringe basiskennis bij allochtonen om diagnose en voorgestelde behandeling te kunnen begrijpen - allochtonen hebben behoefte aan medisch onderzoek, medicatie en verwijzing - oorzaken van psychosociale problematiek moeilijk bespreekbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - communicatieproblemen, met name met Turkse en Marokkaanse patiënten (vooral eerste generatie) - weinig verwijzing naar de GGZ - 'overdreven' of 'dwingend' klachtenpresentatie en communicatiestijl - grote belasting en extra werkdruk 	<ul style="list-style-type: none"> Beijaerts & Bruijnzeels et al., 1998 Dagevos, 2001 Dijkshoorn et al., 2000 Gerits et al., 2001 El Haddouchi, et al., 2000 Hugte & Smulders, 1997 Koopmans & Uitenbroek, 2001 Van Lindert et al., 2000 Poort et al., 2001 Veenman, 1997 Vink, 2002 Weide & Foets, 1998a Weide & Foets, 1998b
Thuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> - onbekendheid, met name bij (Turkse en Marokkaanse) ouderen - onbekend met uitleen van hulpmiddelen - niet goed weten wat zorg inhoudt en wanneer er beroep op kan worden gedaan 	<ul style="list-style-type: none"> - hulp is direct beschikbaar op aanvraag - andere verwachtingen en gewoonten wat betreft huishoudelijk werk - verwachten hulp van eigen kinderen 	<ul style="list-style-type: none"> - formele procedures voor aanvraag en bijdrage vormen drempel voor gebruik - taalproblemen in contact met hulpverleners 	<ul style="list-style-type: none"> - communicatieproblemen (met ouderen) - allochtonen vragen om huishoudelijke hulp, maar werkelijke vraag is complexer 	<ul style="list-style-type: none"> Abraham, 1996 Hanrahan & Tenhaeff, 1996 Kosec, 2000 Nelissen & Moreé, 2001 Tesser et al., 1998 Tuenter & Broertjes, 2001 De Veer et al., 2001 WIV&V, 1999 Yerden, 2000 	

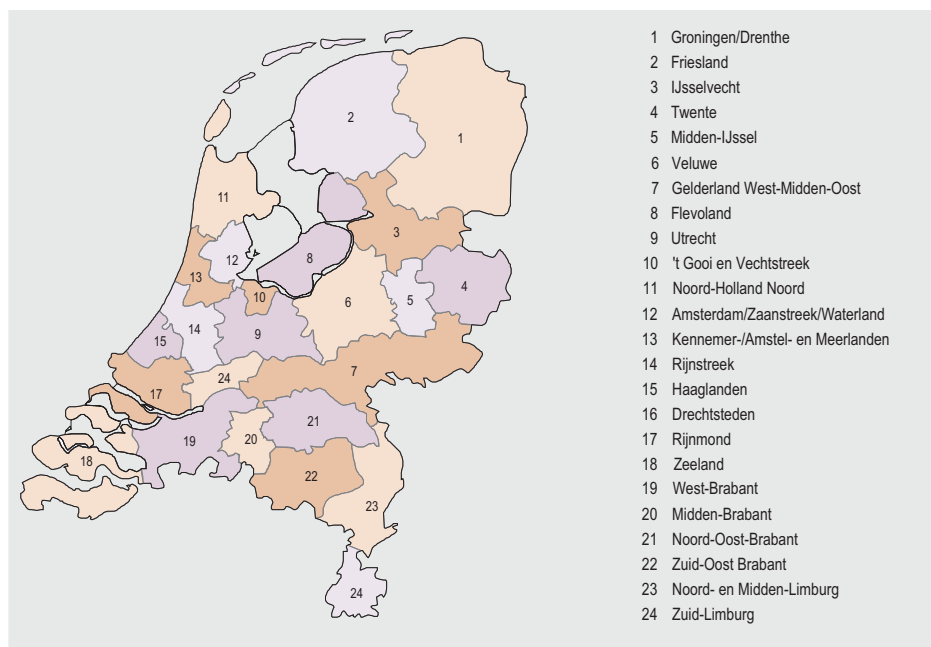
(vervolg tabel)

	Allochtone zorgvragers		Zorgverleners		Bron
	Kennis	Verwachtingen	Ervaringen	Verwachtingen	
Kraamzorg	<ul style="list-style-type: none"> - onbekend met mogelijkheid na bevalling thuis zorg te krijgen - taken van kraamverzorgende onduidelijk - uitleen van artikelen onbekend - procedure en tijdstip voor aanvraag onduidelijk - kosten onbekend 	<ul style="list-style-type: none"> - hulp van eigen familie na bevalling - artikelen moeten worden aangeschaft voor kraamverzorgende - huishouden dient op bepaalde wijze gedaan te worden (niet toevertrouwen aan kraamverzorgende) 	<ul style="list-style-type: none"> - niet altijd (duidelijke) informatie over kraamzorg tijdens zwangerschap - taalproblemen spelen rol bij angst niet te kunnen communiceren met kraamverzorgende - cultuurverschillen in omgang met kraamverzorgende (meer dan taalproblemen) - niet alle (Turkse en Marokkaanse) kraamvrouwen krijgen tijdens kraamzorg voorlichting over voeding en verzorging (van baby en zelf) - niet serieus genomen worden - niet begrepen voelen - idee dat klacht niet goed overkomt - te weinig overleg - zorg sluit onvoldoende aan bij eigen wensen en verwachtingen 	<ul style="list-style-type: none"> - te late aanmelding voor kraamzorg - positieve ervaringen met werken in (Turkse en Marokkaanse) gezinnen - zwaar werk, o.a. door taal- en cultuurverschillen (misverstanden) en ontbreken van benodigdheden - moeilijk om instructie en voorlichting te geven aan vrouwen die taal slecht beheersen 	<ul style="list-style-type: none"> El Fakiri et al., 1999 Hanrahan & Tenhaeff, 1996 IGZ, 2001 Korffker et al., 2002 De Veer et al., 2001 Verheij et al., 2001
Geestelijke Gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> - de zorg is voldoende bekend, maar werkwijze en procedures zijn onvoldoende bekend 	<ul style="list-style-type: none"> - op zoek naar begrip en steun, hart willen luchten (Turken en Surinamers) - concrete oplossingen voor problemen - meer inzicht willen krijgen in ziekte (vrouwen) - uitleg over doel en inhoud van ziekte - kortere wachttijden - langer durende gesprekken met tolk - meer medicijnen 	<ul style="list-style-type: none"> - allochtonen kunnen vaak gedachten en gevoelens niet goed verwoorden 	<ul style="list-style-type: none"> - (te) ernstige of complexe problematiek - betrokkene (of familie) wil niet meewerken - hulpaanbod sluit niet aan bij zorgvraag (van Marokkanen en vrouwen) - met name Surinamers hebben geen voorkeur voor zorgverlener met eigen etnische achtergrond 	<ul style="list-style-type: none"> Dekker et al., 1996 Ten Have et al., 1996 Hosper & Van 't Hof et al., 1999 Hosper & Knipscheer et al., 1999 Van Thiel & Bonarius, 1997

(vervolg tabel)

	Allochtone zorgvragers		Zorgverleners		Bron	
	Kennis	Verwachtingen	Ervaringen	Verwachtingen		Ervaringen
Ouder- en kindzorg (consultatiebureau)	- goed bekend					
Geneesmiddelen	- kennis over gebruik van medicatie gering	- hoge verwachtingen over effect van medicatie	- arts schrijft te snel voor; neemt klacht niet serieus - taalproblemen: uitleg van arts/apotheker en bijsluiter in Nederlands - analfabetisme en medische vaktermen in bijsluiters maakt lezen van schriftelijke informatie onmogelijk	- zorgvrager wil graag medicijnen; snel voor- schrijven	- taalproblemen en hoge verhuisfrequentie veroorzaken lagere vaccinatiegraad bij in het buitenland geboren kinderen - patiënten stoppen te vroeg of gebruiken onregelmatig - tijdens ramadan onder 50-60% van moslims risicovolle mate van therapieontrouw - taalproblemen (bij uitleg en lezen van schriftelijke informatie) - onduidelijkheid over verantwoordelijkheid over voorlichting tussen huisarts en apotheek	Gunning-Schepers & Janssen, 1997 Juttman et al., 1996 Verheij et al., 2001 Bleeker & Reelick, 1998 DGV/NIGZ, 1996 Fijn et al., 2002 Kroesen, 1996 Lebbink, 2002 Van der Meer & Uitenbroek, 2001 Mennink & Latijnhouwers Paes, 2002 Reijneveld, 1998

Bijlage 12: Indeling arbeidsmarktregio's



Figuur: Indeling arbeidsmarktregio's (Van der Windt, 2002).

Bijlage 13: Overzicht projecten huisartsenachterstandsfondsen in de drie grootste steden en overige steden

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige steden
Praktijkorganisatie				
HOED-vorming ¹	x	x	x	x
Huisartsen dienstenstructuur ¹	x	x	x	x
Vrijstelling nachtdiensten 50+	x			
Spreekuur dak- en thuislozen ²		x	x	
Tolkenspreekuur ²			x	
Diabetesspreekuur ²			x	
Maatschappelijk werk spreekuur				x
COPD standaarden ³				x
Gezondheidsvoorlichting			x	x
Praktijkorganisatie adviezen ⁴	x	x	x	x
Sanering huisartsenpraktijk (o.a. wegwerken administratieve achterstand)			x	x
Verbetering communicatie arts-patiënt			x	
Personeel				
Extra assistentie	x	x	x	x
Voorlichting migranten / VETC ¹	x	x	x	x
Praktijkverpleegkundige ⁵	x	x	x	x
Waarneming		x	x	x
Compensatie huisarts-uren besteed aan projecten			x	
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige ⁶	x			
Diëtist				x
Vast spreekuur maatschappelijk werk				x
Hagro-secretaris ⁷		x		x
Regiocoördinator				x
Toegeleidingsfunctionaris ⁸				x
Bijdrage aan STIOM ⁹			x	
Praktijkondersteuning				
(Extra) automatisering ¹⁰	x	x	x	x
Wegwerken administratieve achterstand	x			x
Archivering/invoering patiëntgegevens		x	x	x
Nuldelijns-standaarden ¹			x	x
(vertaling) Praktijkfolder ¹¹		x	x	x
Ondersteuning praktijk met specifieke achterstandsproblemen ¹²				x
Logistiek				
Advies verbouwing			x	
Investering praktijkvoering				x
Kosten herstel vandalisme ¹		x		
Beveiliging		x	x	
Aanschaf headsets assistentes				x
Inrichten mobiele en/of extra werkplek	x	x	x	
Experiment memovox voor assistentes			x	
Opleiding				
Nascholing doktersassistentes				x
Cursus effectief telefoneren ¹				x
Cursus omgaan met lastige/agressieve patiënten			x	x
(Verdiepings)cursus interculturele gespreksvoering			x	

1. zie tekstblok 4.4 voor een uitgebreidere beschrijving
2. dit betreft *vaste* spreekuren bestemd voor deze groep
3. protocollen voor de behandeling van de behandeling van chronische luchtwegklachten die relatief vaak in achterstandswijken voorkomen

4. in een aantal steden is er gebruik gemaakt van een onderzoeksbureau dat de huisartsenpraktijk doorlicht en dat adviezen geeft met betrekking tot de organisatie ervan
5. de praktijkverpleegkundige draagt in veel gevallen zorg voor bepaalde chronisch zieken zoals diabetespatiënten
6. de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) kan patiënten met psychische problemen die door de huisarts worden doorverwezen, helpen of op een goede manier doorverwijzen
7. de huisartsengroep(hagro)-secretaris kan de organisatorische taken van de samenwerkende huisartsen overnemen
8. de toeleidingsfunctionaris zorgt ervoor dat patiënten met complexe problemen goed terechtkomen bij verschillende hulpverleners en instanties
9. Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in achterstandswijken van Den Haag
10. met name in de grote stad is er sprake van een sterk wisselende patiëntenpopulatie, waarvoor extra automatisering nodig is of hulp en begeleiding bij bestaande automatiseringsprojecten
11. het maken van praktijkfolders om aan patiënten duidelijk te maken wat de regels van de praktijk zijn, en de vertaling van deze folder in een aantal talen voor allochtone patiënten
12. dit betreft advies op organisatorisch, financieel of juridisch niveau voorafgaand aan een verbouwing of nieuwbouw: met name in achterstandswijken voeren huisartsen vaak praktijk vanuit slechte panden

Bijlage 14: Voorbeelden gemeentelijke gezondheidszorg-initiatieven in de grote steden

Achtereenvolgens worden voorbeelden gegeven van gemeentelijke betrokkenheid bij initiatieven om:

- de capaciteitstekorten in de (eerstelijns)zorg aan te pakken,
- tot samenwerking te komen tussen gemeentelijke voorzieningen en zorgvoorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening,
- de informele zorg te stimuleren,
- structurele samenwerking met het regionale zorgkantoor vorm te geven.

De voorbeelden zijn opgesteld door de GGD-en van de grote steden.

1 Aanpak capaciteitstekorten in de zorg in Utrecht, Den Haag en Almere

Aanpak huisartsentekort in Utrecht

Evenals andere grotere en kleinere gemeenten wordt de stad Utrecht geconfronteerd met een toenemend tekort aan huisartsen. Huisartsen sluiten om meerdere redenen hun praktijk (overbelasting, agressie en het niet kunnen vinden van een opvolger). Pogingen om de werkdruk van huisartsen te verlagen door samenwerkingsverbanden met andere huisartsen te vormen of door praktijkondersteuning slagen vaak niet omdat de bestaande praktijkruimtes fysiek te klein zijn. Op grond van deze ervaren problemen hebben de zorgverzekeraar Agis, de Districts Huisartsenvereniging Utrecht en de GG&GD van de Gemeente Utrecht in het najaar van 2000 de handen ineengeslagen.

De huisartsengroepen waar bleek dat de problematiek het meest urgent was, is ondersteuning aangeboden bij het vinden van concrete huisvesting. Vervolgens is de behoefte aan huisvesting in heel Utrecht geïnventariseerd door een enquête onder de vrijgevestigde huisartsen. Er is een lijst van nieuwe huisvestingsmogelijkheden voor elke wijk apart samengesteld op basis van gesprekken met alle wijkbureaus en het Ontwikkelingsbedrijf Gemeente Utrecht. De partijen hebben zich tot doel gesteld om in 2005 tenminste één medisch centrum per wijk in 2005 in de stad Utrecht te hebben gerealiseerd. Dat betekent een uitbreiding van de huidige zeven medische centra naar tien. Op basis van het inwonertal is er in Utrecht ruimte voor in totaal 30 medische centra (Schols & den Braber, 2001).

Ondanks deze structurele aanpak blijkt in toenemende mate dat inwoners niet meer ingeschreven kunnen worden in een huisartsenpraktijk. Hun aantal werd in 2002 geschat op 3.000 personen. Het betreft nieuwkomers in de gemeente, maar ook oude ingezetenen van de stad zitten van de een op de andere dag zonder huisarts als hun huisarts stopt en geen opvolger kan vinden.

Om zorgwekkende situaties te voorkomen heeft de GG&GD Utrecht met Agis Zorgverzekeringen in oktober 2002 een van meet af aan als tijdelijk vangnet bedoelde noodvoorziening getroffen in het hoofdgebouw van de GG&GD in de vorm van huisartsensprekuren voor mensen die geen huisarts hebben (Praktijk Jaarbeursplein). Deze tijdelijke voorziening, met een huisarts in deeltijd, een volledige praktijkverpleegkundige en een assistente, heeft goed gefunctioneerd. Tegelijkertijd zijn er afspraken gemaakt hoe patiënten zonder huisarts over de reguliere huisartsen in Utrecht verdeeld zullen worden. Nu deze afspraken er zijn is besloten de noodvoorziening per 1 mei 2003 te stoppen.

Bron: GG&GD Utrecht

Aanpak versterking van de eerstelijnszorg in Den Haag

Alle grote steden hebben in meer of mindere mate te maken met tekorten en financieringsproblemen in de eerstelijnszorg. Er zijn wel verschillen in oplossingen. Bovenstaand voorbeeld laat zien dat in Utrecht de gemeente en zorgverzekeraar samen onderhandelen over de financiering van de noodvoorziening. In Den Haag is de uiteindelijke financiële garantie voor een financieel noodlijdend gezondheidscentrum door een lokaal ziekenhuis gegeven. De gemeente is hier niet onverdeeld blij mee omdat gevreesd wordt dat uiteindelijk de eerstelijnszorg teveel onder invloed van de ziekenhuiszorg komt te staan en de kennis over de psychosociale achtergronden van de gezondheidsklachten in achterstandswijken verloren gaat (Van Tilburg, 2003; Mudde, 2003).

In Den Haag is in het voorjaar 2001 een convenant gesloten tussen de Regionale Huisartsenvereniging Den Haag/Rijswijk en de gemeente Den Haag om gezamenlijk de eerstelijnszorg, met name de huisartzorg in Den Haag te versterken. De gemeente zal helpen zoeken bij het vinden van geschikte locaties voor praktijkpanden voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Het Bureau Public Health van de gemeente overlegt behalve met de huisartsenvereniging ook met projectontwikkelaars en ziektekostenverzekeraars. Aanvankelijk richtte de aandacht zich op het realiseren van HOED-constructies (Huisartsen onder één dak). Gaandeweg groeide het besef dat een verbreding met andere eerstelijnsvoorzieningen en de maatschappelijke dienstverlening wenselijk is voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Er wordt nu, naast de HOED, gesproken over Centra voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (www.denhaag.nl).

Bron: Dienst OCW, Bureau Public Health, Gemeente Den Haag

Aanpak tekort zorgvoorzieningen in Almere

Door de enorme toename van het aantal inwoners van Almere in de afgelopen decennia en een financieringssysteem die hiermee in veel gevallen onvoldoende of geen rekening houdt, is er in Almere voortdurend sprake van tekorten in de zorg. Doordat de bevolking ook de komende jaren snel zal blijven toenemen en bovendien snel zal verouderen, dreigen de capaciteitstekorten verder toe te nemen. Betrokken

partijen hebben daarom enkele jaren geleden besloten de krachten te bundelen. Tijdens een door de gemeente en GGD georganiseerde werkconferentie hebben de partijen uitgesproken gezamenlijk verantwoordelijk te zijn voor een goede zorg.

Vervolgens is in Almere een stuurgroep gezondheids- en zorgbeleid opgericht, waarin gemeente, instellingen, zorggebruikers en zorgverzekeraar vertegenwoordigd zijn en die een onafhankelijk voorzitter heeft. De stuurgroep heeft een gezondheidsbeleidsplan ontwikkeld ('Alméér Gezond; lokaal gezondheidsbeleidsplan Almere') en aangeboden aan het College van Burgemeesters en Wethouders. Vervolgens is 'Alméér Gezond' vertaald in een concreet plan van aanpak, dat momenteel geïmplementeerd wordt. Vanuit het lokale gezondheidsbeleid heeft de gemeente daarbij een regierol, die bestaat uit het coördineren, faciliteren, ondersteunen, bevorderen van samenwerking, stimuleren van initiatieven in de zorg en ontwikkelen van facetbeleid zodat afstemming met andere beleidsterreinen mogelijk wordt. Op verzoek van de gemeente ondersteunt GGD Flevoland de gemeente hierbij.

Eén van de andere prioriteiten van de stuurgroep van het afgelopen jaar was het in kaart brengen van de tekorten in de zorg in Almere. Dit signalement is onlangs aangeboden aan het College van Burgemeesters en Wethouders. In de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening is aangegeven dat het in de bedoeling ligt dat Almere verder gaat groeien van de huidige 165.000 inwoners naar 300.000 tot 400.000 inwoners. Almere heeft aangegeven dat een dergelijke groei alleen mogelijk is wanneer aan een aantal strikte voorwaarden wordt voldaan. Rijk, provincie Flevoland en gemeente Almere hebben een convenant ondertekend om gezamenlijk die voorwaarden te inventariseren. De stuurgroep gezondheids(zorg)beleid Almere werkt mee aan dit Project Toekomst Almere. In samenwerking met landelijke en lokale deskundigen worden diverse toekomstscenario's voor de zorg in Almere tot 2030 uitgewerkt.

Bron: Hulpverleningsdienst Flevoland, vakdienst GGD

2 Samenwerking tussen gemeente en zorgvoorzieningen

Samenwerking in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg in de gemeente Groningen

De gemeente Groningen kent verschillende samenwerkingsprojecten op het terrein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), toegespitst op de doelgroep langdurig zorgafhankelijken met complexe problematiek en vaak zonder expliciete hulpvraag. Ondanks de aanwezige samenwerking is er een toenemende behoefte aan structurele lange termijn samenwerking. Op initiatief van de GGD/gemeente is daarom in 1998 een Stuurgroep in het leven geroepen waarin alle samenwerkende instellingen op het terrein van de OGGZ vertegenwoordigd zijn. Uit deze Stuurgroep is een ontwikkelingsgroep gevormd met de opdracht om een plan van aanpak te maken voor de structurele samenwerking en integratie van bestaande (en nog te ontwikkelen) OGGZ-projecten.

In de nota 'Aander lu bin ook lu' (2000) werden de bevindingen van de ontwikkelingsgroep beschreven. Op grond hiervan is door de GGD/gemeente opdracht gegeven aan GB Management & Consultancy om een niet vrijblijvend samenwerkingsverband OGGZ te organiseren. In februari 2002 is het Samenwerkingsverband OGGZ Groningen tot stand gekomen en geformaliseerd. Hierbij zijn een organisatiestructuur, een protocol en een cliëntvolg- en registratiesysteem ontwikkeld en afspraken gemaakt over de deskundigheidsbevordering van de hulpverleners van de samenwerkende instellingen. Deelnemers zijn de GGZ Groningen, Giska (straathoekwerk), De Maatschappelijke Juridische Dienstverlening (MJD), de Ambulante Verslavingszorg Groningen (AVG), de GGD Groningen en de Dr. Kuno van Dijk Stichting (intramurale verslavingzorg).

Vanuit de deelnemende instellingen is een OGGZ-team geformeerd van 10 medewerkers die op diverse locaties in de stad spreekuur houden. De aansturing vindt plaats door de GGD. De werkwijze is er op gericht dat de voorziening laagdrempelig is en er zowel outreachend als vraaggericht gewerkt wordt. De frontoffice neemt de meldingen aan en binnen 5 dagen is er een inventarisatie gemaakt. Binnen maximaal vier maanden wordt doorverwezen naar een reguliere instelling, de backoffice.

Bron: GGD Groningen

Samenwerking Jeugdhulpverlening in Rotterdam: Project "Pak Je Kans"

Vroegtijdige waarneming van signaalgedrag kan voorkómen dat jongeren tussen de vijf en achttien jaar oud die in aanraking komen met politie (verder) afglijden en daardoor in de problemen raken. Het signaal dat crimineel of risicovol gedrag van jongeren samengaat met een problematische achtergrond is wel bekend. Vroegtijdig signaleren en er iets mee kunnen doen is een ander verhaal. De wereld van de politie en die van de jeugdhulpverlening zijn qua werkgebied en qua werksoort heel verschillend. De gemeente en de stadsregio Rotterdam financieren het project "Pak Je Kans" dat er op is gericht om door nauwe samenwerking tussen politie en jeugdhulpverlening de kans op recidive en verder afglijden te voorkomen. In het project werken politie, GGD, dienst Onderwijs, stichting Jeugdzorg en stichting Humanitas samen.

Het project "Pak Je Kans" brengt partijen letterlijk bij elkaar. Jeugdhulpverleners houden spreekuur op meerdere locaties van de politie en zijn 24 uur bereikbaar. De hulpverlener- in plaats van de politie- bekijkt of er sprake is van psychosociale problematiek die voor begeleiding in aanmerking komt. Is dit niet het geval dan kan de jongere door de politie worden aangemeld voor het project 12- van justitie of voor HALT.

Uit evaluaties in 1998 en 1999 zijn de volgende pluspunten naar voren gekomen. De deelnemende jongeren zijn tevreden, want zij krijgen een extra kans. Er is geen wachtlijst, waardoor de politie direct en effectief kan doorverwijzen. Er is meer wederzijds begrip ontstaan tussen politie en hulpverleners, waardoor de samenwerking is verbeterd. Punten van aandacht zijn: betere afstemming met het project 12- van het Ministerie van Justitie, uitbreiding naar het werkgebied van de Jeugdhulpverlening

(de stadsregio), en afspraken over de bestuurlijke verantwoordelijkheid tussen gemeente, deelgemeente en stadsregio.

Bron: GGD Rotterdam e.o.

Samenwerking jeugdhulpverlening in Leiden: Project 'Geweld in huis, een integrale aanpak'

Jaarlijks worden veel kinderen, vrouwen, mannen en ouderen het slachtoffer van huiselijk geweld. Onder huiselijk geweld wordt verstaan: lichamelijk, seksueel, en psychisch geweldgebruik door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. De hoeveelheid slachtoffers van huiselijk geweld is groot. Meer dan een kwart van de Nederlands bevolking is wel eens slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Bovendien komt het in alle lagen van de bevolking voor. Het bestrijden van geweld in huis is niet eenvoudig, enerzijds omdat het zich binnenshuis afspeelt en daardoor aan het gezichtsveld onttrokken wordt, anderzijds omdat strenge privacyregels nageleefd dienen te worden.

Het project 'Geweld in Huis' heeft tot doel een integrale aanpak te realiseren rondom preventie, vroegsignalering, opvang, hulpverlening en nazorg aan slachtoffers, daders, kinderen en omstanders van huiselijk geweld. Dit vraagt om de ontwikkeling van ketenzorg, inclusief afstemming met het strafrechtelijk en justitieel kader. Het project kent twaalf deelprojecten met onder andere aandacht voor registratie van huiselijk geweld, deskundigheidsbevordering van beroepsgroepen gericht op vroegtijdige signalering, laagdrempelige hulp en advies, overzicht van het hulpverleningsaanbod (verwijsgids en sociale kaart), protocollering van de behandeling van gezinsgeweld over de hele keten, inclusief het strafrechtelijk deel, en nazorg.

Het project is in 1995 gestart door een aantal organisaties actief op het terrein van bestrijding van seksueel geweld. De gemeente Leiden en het ministerie van Justitie financierden het project. Na beëindiging van het project in 1996 is in de zomer van 2002 een doorstart gemaakt voor de duur van drie jaar, gefinancierd vanuit GSB-gelden en OGGZ-zorgvernieuwingsgelden. Het is hiermee een Leids project met een regionale uitstraling geworden. De projectleiding ligt bij de GGD Zuid-Holland Noord. Het project sluit aan bij de activiteiten van het platform OGGZ regio Zuid-Holland Noord, waarvan de gemeente Leiden de voorzitter is.

Bron: GGD Zuid-Holland Noord

3 Ondersteuning van informele zorg in Eindhoven

In 1985 ontwikkelde de gemeente Eindhoven beleid voor de informele zorg. Daarbij is onderscheid gemaakt in ondersteuning van zelfhulp en van mantelzorg.

Ondersteuning zelfhulp

De GGD Eindhoven ondersteunt vanaf 1985 de organisatie van zelfhulpgroepen, onder meer door het verlenen van startsubsidies. De ondersteuning vindt plaats omdat door het lotgenotencontact in deze groepen mensen zichzelf en anderen leren te helpen om met een bepaald gezondheidsprobleem om te gaan. Vanaf 1993 verleent de gemeente Eindhoven structurele subsidie op het gebied van de huisvesting. Zelfhulpgroepen die niet vanuit andere bronnen subsidie krijgen, kunnen gratis gebruik maken van de groepsruimten. In 1998 werd het beheer van de huisvesting overgedragen aan een stichting die door de gezamenlijke zelfhulpgroepen is opgericht. In 2000 is het zelfhulpnetwerk (de koepel van de zelfhulpgroepen) met subsidie van de provincie Noord-Brabant gestart met het 'Expertcentrum en steunpunt zelfhulp' voor de gehele provincie.

Ondersteuning mantelzorg

In 1996 werd Eindhoven genomineerd voor de titel Zorgstad. In dat kader kreeg de stad de uitnodiging om met een project mee te dingen naar een prijs, ingesteld door de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Met inbreng van organisaties in de stad werd een voorstel ingediend voor twee projecten gericht op het ondersteunen van mantelzorgers: het '24-uurs centrum' en het project 'Mantelzorg Verlicht'. Het gemeentebestuur had de overtuiging dat de mantelzorg een onmisbare factor in de zorg is, zonder welke veel inwoners van zorg verstoken blijven. De prijs werd niet gewonnen maar de gemeente liet beide projecten toch uitvoeren. Zowel zorgaanbieders als diverse belangenverenigingen van patiënten, vrijwilligers en ouderen waren daarbij betrokken.

Het doel van het 24-uurscentrum is om tijdelijke of intermitterende zorg aan ouderen te bieden met het oogmerk om deze langer thuis te laten blijven met inzet van de aanwezige mantelzorg. Het centrum geeft ook dienstverlening aan mantelzorgers. De bijdrage van de gemeente betrof een eenmalige bijdrage van 33% in de kosten van de verbouwing van een deel van een verzorgings/verpleeghuis.

Het doel van het project Mantelzorg Verlicht is om mantelzorgers van informatie te voorzien, hen de helpende hand te bieden en de samenwerking tussen hen en betrokken organisaties te bevorderen. Diverse activiteiten zijn in het kader van dit project ontwikkeld zoals gespreksbijeenkomsten voor mantelzorgers, het systematiseren van de informatievoorziening aan mantelzorgers, het jaarlijks organiseren van de 'Dag voor de Mantelzorg', het oprichten van een belangenvereniging voor mantelzorgers en het opzetten van een steunpunt. Het project wordt nog tot eind 2003 gesubsidieerd met middelen vanuit het Grotestedenbeleid. Daarnaast ontvangt het project subsidie vanuit de regeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg (CVT), onderdeel man-

telzorg, die uitgevoerd wordt door het Zorgkantoor. De deelnemende organisaties willen het project voortzetten en de stuurgroep omvormen tot een gemeentebreed platform op het gebied van de mantelzorg. Voortzetting van de CVT-bijdrage samen met een mogelijke bijdrage van de gemeente moeten dit mogelijk maken. De gemeente beslist in juli 2003 over een structurele bijdrage in het kader van de nota lokaal gezondheidsbeleid 'Samen werken aan een gezond Eindhoven' die in juli 2003 aan de gemeenteraad ter vaststelling wordt voorgelegd.

Bron: GGD Eindhoven

4 Samenwerking tussen gemeente en het lokale zorgkantoor in Amsterdam

De gemeente Amsterdam, de Provincie Noord-Holland en het ZAO-Zorgkantoor komen tenminste één maal in de twee maanden bij elkaar om inhoud aan hun samenwerking te geven. De samenwerking is al 10 jaar geleden begonnen. De drie partijen hebben in maart 1991 een intentieverklaring getekend ter versterking van de onderlinge samenwerking en afstemming, met name op het terrein van de gezondheidszorg en de ouderenzorg. Deze samenwerking kreeg gestalte in het Bestuurlijke Tripartiete Overleg Zorg (BTOZ). Begin 2002 hebben de partijen bevestigd dat zij de afstemming en gezamenlijke aanpak van problemen op het terrein van de zorg willen voortzetten. Zij zijn van mening dat samenwerking tussen verzekeraars en overheden noodzakelijk blijft en zelfs dient te worden verstevigd om een samenhangend zorgaanbod in de Amsterdamse regio te kunnen realiseren.

Die samenwerking is noodzakelijk omdat geen van de betrokken partners alléén die samenhang tot stand kan brengen. De stedelijke context maakt dat knelpunten in de zorgvoorziening bovendien extra duidelijk aan de dag treden, vooral als het gaat om het voorzien in zorgbehoeften van specifieke groepen als ambulante psychiatrische patiënten, dak- en thuislozen, ouderen met meervoudige zorgbehoeften, waarin niet via één financieringskanaal kan worden voorzien.

De drie partijen zijn daarom een gestructureerde samenwerking aangegaan (Gemeente Amsterdam, 2001). De intenties zijn nader uitgewerkt in een aantal afspraken:

- de samenwerking richt zich nadrukkelijk op vernieuwingen in de zorg, teneinde het aanbod te verbeteren. De zorgvraag moet het aanbod structureren en niet andersom. Het gaat om de volgende terreinen: ouderenzorg, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, eerstelijns gezondheidszorg, ontwikkeling van zorg en welzijn op IJburg en werkgelegenheid in de zorgsector.
- voorop staat een goede zorgverlening voor de Amsterdamse bevolking die gezamenlijke inzet vereist van alle betrokkenen. Door middel van hun bestuurlijke bemoeienis zullen gemeente, provincie en zorgverzekeraar gezamenlijk de aanbieders in staat stellen die samenhangende zorgverlening te leveren.

- ook de participatie van (organisaties van) zorgconsumenten wordt gestimuleerd. Gemeente, provincie en zorgkantoor hebben daarvoor een periodiek stedelijk zorgoverleg voor ogen waarin met de organisaties van zorgconsumenten wordt overlegd over de aanpak van knelpunten.
- verder is vanuit het BTOZ een periodiek overleg met de samenwerkende zorginstellingen in de regio (SIGRA) aangegaan. In dat overleg worden wenselijke ontwikkelingen in de zorgvoorziening afgesproken.

Een concreet voorbeeld is dat gemeente en zorgkantoor hebben afgesproken in elk stadsdeel 'één loket voor Zorg en Welzijn' in te richten.

De samenwerking van gemeente, provincie en ZAO Zorgkantoor geschiedt op basis van de formele bevoegdheden die elk heeft. De samenwerking houdt geen overdracht van bevoegdheden in, maar levert afspraken op over de afstemming van het gebruik van die bevoegdheden. De meerwaarde van de samenwerking moet zijn dat elk der partijen haar taken en bevoegdheden zodanig uitoefent en haar middelen zodanig inzet dat tezamen een betere zorgverlening wordt bereikt dan het geval zou zijn zonder deze afspraken.

Bron: GG&GD Amsterdam

Literatuur

Gemeente Amsterdam. Intentieverklaring
Gemeente Amsterdam, Provincie Noord-Holland, Zorgkantoor Amsterdam voor de periode 2002 – 2006.

Schols D, Braber A den. Structurele Huisvesting gezondheidsvoorzieningen Utrecht. Utrecht. Project Management Bureau van de gemeente

Utrecht. 15 november 2001.

Tilburg L van. Voor preventie is nauwelijks geld. Binnenlands Bestuur, 4 april 2003, 28-29.

Mudde L. Gezondheidszorg hoort in de wijk: wetenschappelijke erkenning voor de 'Haagse school'. VNG-magazine. 2003, 57, nr. 10, 20-22.

REGISTER

- A**
- Achterstandsbeleid 141
 - Achterstandsgroepen 18, 32, 117, 129-130, 141
 - Achterstandswijken 9, 11-13, 17-18, 21, 24-26, 28-31, 33, 36, 38-40, 51, 66, 69-70, 75, 87, 89-97, 104-106, 121-123, 125-130, 133, 154-155, 157
 - AIDS 34, 67, 143
 - Alleenstaande ouderen 70, 125
 - Allochtone bevolking 7, 10, 34, 51, 56-57, 60, 64, 71, 78
 - Allochtone patiënten 7, 23, 32, 64-66, 69-71, 117, 155
 - Allochtone zorgconsulenten 11, 70, 93-94, 104, 113, 123, 126, 134
 - Allochtonen 8, 10, 18, 25-27, 30-32, 35-36, 38, 51, 57-58, 60-66, 68-71, 74-75, 78-79, 93-94, 102, 105, 116-117, 125, 129, 131-136, 141, 146, 150-151
 - Ambulante geestelijke gezondheidszorg 7, 43, 133, 143-144
 - Amsterdam 7, 9, 23, 28, 38, 41-45, 47-48, 63, 65, 70, 83-84, 86, 102-105, 110, 113, 131-136, 138-140, 143-144, 146, 154, 162-163
 - Arbeidsmarkt 10-11, 19, 41, 43, 74, 83-84, 86, 97-98, 121, 125, 130, 133, 143
 - Autochtone bevolking 7, 25-27, 35, 50-51, 53-62, 78, 149
 - AWBZ 99, 109, 120, 137, 143
- B**
- Beleid 5, 7-8, 18, 20-23, 25, 87, 89-91, 93, 95, 99-100, 102-103, 107-109, 111-113, 117, 119, 121-122, 126, 131-135, 137, 141, 158, 161
 - Buurtten 29-30, 76
- C**
- Capaciteit 7, 12, 23-24, 71, 82, 92, 95-96, 99, 114-115, 118, 127, 136
 - Care 11, 15-16, 18, 32, 41-42, 76-77, 90-91, 96, 99-100, 106-115, 121-122, 126, 129, 131, 134-135, 141
 - Chronische aandoeningen 26, 51-53, 57, 59, 61, 148-149
 - Collectieve preventie 98, 108, 144
 - Curatieve Zorg 91, 108-109, 114, 136-137
 - Cure 11, 16, 18, 41-42, 76-77, 90, 96, 99, 106-115, 121, 126, 129, 134, 141
- D**
- Dak- en thuislozen 9, 18, 27, 30, 32-33, 45, 73, 77, 87, 100, 109, 113, 118-119, 125, 162
 - Den Haag 9, 27-28, 38, 41-44, 47, 65, 70, 83-84, 86, 96, 102-103, 105-106, 110, 113, 131-140, 143, 146, 154-157
- Drugs** 28-29, 52
- Drugsverslaafden** 27-28, 30, 33, 75, 87, 109
- E**
- Economie 10, 43, 74
 - Eerste lijn 11-12, 32, 45, 66, 91-92, 95-96, 101, 111, 122-123, 125-127, 131, 135, 150, 157
 - Eerstelijnsgezondheidszorg 17-18, 95-96, 118, 125, 131, 133, 141
 - Eerstelijnszorg 9, 12, 18, 21, 77, 90-93, 99-100, 110, 116, 120, 127, 130, 134, 136, 141, 157
 - Etniciteit 35, 38, 58, 76, 78
 - Evaluatie 23, 94, 119, 131, 135
- F**
- Facetbeleid 17, 141, 158
 - Financiering 11, 91, 94, 98, 102-103, 106-107, 109, 113, 126, 130-131, 157
- G**
- G21 30, 47, 99, 116-117, 119-120, 134, 143
 - G4 24, 30, 47, 99, 116-117, 120, 134, 143
 - Geestelijke gezondheid 27, 141
 - Geestelijke gezondheidszorg 7, 24, 33, 43, 46, 48, 70, 91, 93, 95, 108-110, 117, 131, 133-135, 137, 141, 143-144, 151, 156, 158, 162
 - Gemeenten 13, 21-22, 30, 35, 37-38, 44, 47, 50, 65, 76, 79-80, 86, 94, 97-99, 106-116, 119-123, 126, 128, 132, 134, 138, 140, 144, 156
 - Gezond gedrag 5, 11, 17, 32, 77, 94, 125
 - Gezonde leefomgeving 5, 11, 94, 125
 - Gezondheid 5, 7, 9, 13, 17, 19, 21, 23, 26-27, 29-30, 51-55, 57, 59-61, 68, 70, 73, 75-76, 87, 94, 100, 112, 117, 120, 125, 128, 131-136, 140-141, 144, 148-149
 - Gezondheidsbeleid 98-100, 108, 110-111, 133, 139, 158, 162
 - Gezondheidszorg 7, 9, 12-13, 17-20, 22, 24-26, 32-34, 43, 46, 48, 54, 65, 67-70, 87, 90-91, 93, 95-96, 98-101, 106-115, 117, 122-123, 126-128, 131-138, 140-141, 143-144, 150-151, 155-158, 162-163
 - GGD 10, 94, 108, 110, 131, 133-134, 136, 139, 143, 158-162
 - Grotestedenbeleid 8, 13, 17-18, 21, 33, 89-90, 93, 98-101, 110, 112, 116, 119, 128, 131-132, 134, 141, 143, 145, 161
- H**
- Herstructurering 106, 135-136
 - Huisartsen 7, 9-12, 17-18, 21, 23-24, 31-32, 35-40, 51, 63, 66-67, 70-71, 77-83, 87, 89, 91-92, 94-95, 97, 101-104, 106, 111, 113, 117, 120-122, 125, 127, 132-135, 142-143, 154-157
 - Huisartsenachterstandsfonds 7, 12, 97, 101, 104, 127

- Huisartsenzorg 35-37, 40-41, 55-56, 63, 65-66, 73, 78-79, 81, 83, 91-92, 96-97, 101-103, 133, 135-136, 150
- Huisvesting 10-11, 29, 33, 77, 104, 111, 125, 127, 156, 161, 163
- I**
- Illegalen 9, 27-30, 32, 73, 75, 77, 87, 95, 125, 134-135
- Informele zorg 76, 112, 156, 161
- Inkomen 18, 36, 51, 67, 96, 101-102, 119, 142
- Interculturalisatie 11, 21, 93-94, 126, 134, 136, 141
- J**
- Jeugd 30, 100, 116-118, 120, 132-133
- Jeugdgezondheidszorg 34, 93, 96, 108-109, 118, 133
- Jongeren 18, 27, 75, 117-118, 120, 159
- K**
- Kwaliteit 5, 7-12, 17, 19-20, 23, 25, 50, 56, 63, 69, 71, 73-74, 76, 87, 89-90, 101, 104, 123, 125, 127-129, 133, 135, 150, 157
- Kwetsbare groepen 11-12, 30, 33-34, 54, 60, 73-75, 77, 87, 89, 106, 114, 116, 119, 122-123, 125-127, 141
- L**
- Landelijk beleid 7, 90, 93, 100
- Leefomgeving 5, 11, 94-95, 125
- Leefsituatie 35, 54-55, 78, 131, 133, 144
- Levensverwachting 26-27, 29, 75, 141
- M**
- Mantelzorg 87, 112, 118, 134, 141, 161-162
- Marginale groepen 9, 11, 21, 26-27, 29-33, 70, 77, 93, 95, 121, 126
- MOP 116-120, 143
- O**
- OGGZ 33, 108, 112, 118-119, 141, 144, 158-160
- Omgevingsadressendichtheid 18, 36, 51, 141, 146
- Onderwijs 76, 132, 143, 159
- Openbare gezondheidszorg (OGZ) 98, 137, 141, 143
- Opleiding 25, 51-55, 57, 59-61, 82, 103, 142, 148-149, 154
- Opleidingsniveau 18, 26, 74, 77
- Ouderen 9, 18, 33, 58, 64-68, 70, 73, 75, 91, 96, 99, 109, 116-120, 125, 131, 133-137, 141, 143, 150, 152, 160-162
- P**
- Preventie 11-12, 17-18, 33, 76, 96, 98, 100-101, 104, 108-110, 112, 115, 117-118, 120-121, 126-127, 129, 132, 137-138, 140-141, 144, 160, 163
- Psychiatrische patiënten 9, 33, 75, 96, 113, 162
- Psychiatrische stoornissen 44, 95, 135
- Psychosociale problemen 95, 117
- R**
- Rotterdam 9, 38, 41-44, 47-48, 65-66, 70, 83-84, 86, 102-105, 110, 117, 120, 131-136, 139-140, 143, 146, 154, 159-160
- Ruimtelijke ordening 100, 144, 158
- S**
- Samenwerking 5, 11-13, 17-18, 32, 34, 76, 92, 95-104, 108, 110, 112-114, 121, 123, 125-128, 141, 156, 158-163
- Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) 11, 21, 26, 87, 94, 96, 99, 120, 126, 136, 144
- Sociaal-economische status (SES) 18, 25, 30, 93, 132, 135, 141-142, 144
- Sociale pijler 117, 119-120
- Stedelijkheid 24, 52-53, 55, 58, 102, 132, 141, 146, 148
- Sterfte 28-30, 131, 141
- T**
- Toegankelijkheid 5, 9-10, 12, 17, 19-20, 23, 25, 50-51, 54-57, 61-62, 70, 74, 87, 89-90, 93, 99, 101, 103, 116, 118-120, 123, 127-129, 133, 135, 144
- U**
- Utrecht 9, 38, 41-42, 44, 47, 65, 83-84, 86, 102-103, 110, 113, 131-136, 138-140, 143, 146, 156-157, 163
- V**
- Veiligheid 10, 76-77, 97, 104, 111, 123, 126
- Verpleegkundigen en verzorgenden 7, 9-12, 17, 21, 41, 83, 85-86, 93, 97-98, 101, 111, 121, 125, 127
- Verslaafden 18, 28, 99, 118-119, 125
- Verslavingszorg 18, 33, 95, 109-110, 117-118, 125, 131, 137, 159, 162
- VETC 104-105, 133, 144
- W**
- Wachtlijst 46, 48, 142, 159
- Welzijn 11-12, 18, 21, 41-42, 96, 98-99, 109-110, 112-113, 115, 121, 126-127, 129, 132-133, 136, 144, 162-163
- Werkloosheid 9, 31, 74, 86
- Wijken 5, 29-30, 32-33, 36, 46, 50, 62, 70, 73-75, 77, 98, 123, 125-126, 132
- Z**
- Ziekenhuizen 19, 24, 29, 32, 41, 44, 49-50, 83, 109, 113, 129, 134, 143
- Zorg 1, 3-13, 15-71, 73-87, 89-123, 125-163

- Zorgaanbieders 21-22, 67, 98, 110, 112-115, 123, 161
- Zorgaanbod 5, 7, 10, 22-23, 25, 31, 34, 43-44, 64, 69, 74, 76, 87, 90, 100, 108, 115, 118, 129, 131, 142, 162
- Zorgbehoefte 10, 44, 51, 53, 55-57, 60, 65, 74, 87, 109, 142
- Zorgbeleid 8, 89, 106-107, 158
- Zorggebruik 5, 7, 19-20, 23, 25, 45, 50-55, 57-59, 61-64, 70, 142
- Zorgproblemen 7, 11, 17, 33, 89, 100, 116-117, 119-120, 125
- Zorgverzekeraars 5, 10, 12-13, 21-22, 73, 76-77, 87, 89, 91-92, 97-98, 100-102, 115, 121-123, 126-128, 130, 136
- Zorgvoorzieningen 8, 10, 12-13, 19, 31-32, 52-54, 57, 59, 61, 65, 70, 106, 109, 111-114, 117, 123, 125-128, 132, 148-149, 156-158
- Zorgvraag 5, 9, 11, 22-23, 25, 31-32, 45, 55, 65, 68, 71, 73-76, 79, 86, 92, 108, 115, 125-126, 142, 151, 162

Zorg in de grote steden houdt de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de grote steden in Nederland tegen het licht, in het bijzonder de eerstelijnszorg. Het besteedt aandacht aan groepen die speciale zorg behoeven, zoals allochtonen, dak- en thuislozen, verslaafden, vereenzaamde ouderen en illegalen en aan ontwikkelingen in de werklust van huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Uiteraard richt het rapport zich vooral op de bijzondere omstandigheden in de grote steden, zoals concentratie van groepen met een gezondheidsachterstand in bepaalde wijken, knelpunten op de arbeidsmarkt en de samenhang in het ingewikkelde aanbod van zorg in steden. Het rapport staat stil bij beleidsvoornemens van het rijk en gemeenten en bij de rol van de andere partijen in de grootstedelijke zorg: zorgverzekeraars en zorgverleners.

Dit rapport maakt deel uit van de reeks Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Naast het samenvattende rapport 'Gezondheid op koers? (VTV2002) zijn verschillende andere themarapporten verschenen over uiteenlopende onderwerpen als gezondheid in de grote steden, het bevorderen van gezond gedrag, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, ouder- en kindzorg en kosten van ziekten. Bovendien maken drie websites deel uit van de VTV: het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl), de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) en de Kosten-van-Ziekten-website (www.kostenvanziekten.nl).

Onderzoek in dienst van mens en milieu

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl



Bohn
Stalfou
Van Loghum

