

De omvang van eerstelijns gezondheidszorgvoorzieningen

Een volumemeting in het Rijnmondgebied

DR. H. LAMBERTS* EN H. G. SANDERS-GLASBERGEN**

In de discussie over de structuur en de inhoud van eerstelijns gezondheidszorg bestaat behoefte aan gedetailleerde gegevens over de beschikbaarheid en de spreiding van de verschillende soorten hulpverlening. Daartoe werd voor het Rijnmondgebied – een gedeels geurbaniseerd industriegebied met ruim een miljoen inwoners – een zo nauwkeurig mogelijke meting verricht van het aantal en van de spreiding van huisartsen, wijkverpleegkundigen, algemeen maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en verloskundigen. Het blijkt goed mogelijk voor elk van de soorten arbeid, met uitzondering van fysiotherapie, een betrouwbaar en gedetailleerd beeld te geven. De uitkomsten wijzen, indien gerelateerd aan de bestaande officiële normen, op een aantal lacunes in de eerstelijns gezondheidszorg in het Rijnmondgebied. Mede op basis van deze uitkomsten kan een vestigingsbeleid worden gevoerd.

De betekenis van de eerstelijns gezondheidszorg is de afgelopen tien tot vijftien jaar door velen benadrukt. Ging het er aanvankelijk vooral om, dat de inhoudelijke aspecten van een goede gezondheidszorg in de wijk op de voorgrond stonden, de afgelopen jaren wordt ook het kwantitatieve aspect naar voren geschoven. Het lijkt er soms op dat het belang van de kwaliteit in de eerstelijns weggedrongen wordt door de luide roep om kostendaling in het gehele gezondheidszorgsysteem. Deze daling moet tot stand komen door een verschuiving van de specialistische en intramuraal zorg naar de eerstelijns. Kortheidshalve wordt hier verwezen naar enige recente werkstukken en rapporten die een goede indruk geven van de situatie waarin op dit moment de eerstelijns verkeert. Van de zijde van de overheid is in de Structuurnota en in het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg een duidelijk beeld geschilderd, waarin naast de kwaliteit ook de kwantiteit van de wijkgezondheidszorg aan de orde is gesteld. Vanuit de sfeer van de huisartsgeneeskunde benadrukken de takenpakketten van het Nederlands Huisartsen Genoot-

schap en van de Landelijke Huisartsen Vereniging vooral de kwaliteit. De blauwdruk van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het rapport van het Nederlands Huisartsen Instituut over de vestiging van huisartsen houden zich vooral met de om-

Tenzij wij een doel hebben, is er geen reden waarom individuen zouden trachten samen te werken, of waarom iemand zou trachten hen te organiseren.

Lyndall Urwick, 1956

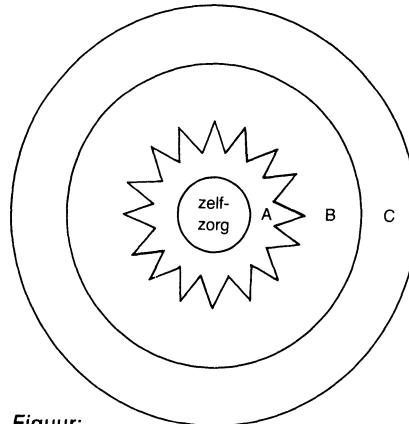
vang en de verdeling der voorzieningen bezig, ofschoon de Nieuwe Blauwdruk het vestigingsbeleid vooral in het licht van de kwaliteit plaatst. Ook buiten Nederland is de inhoud van de huisartsgeneeskunde in discussie, getuige bijvoorbeeld de conclusies van de „Royal College of General Practitioners”. Vanuit de kruisverenigingen wordt met het Rapport „Alleen Samen” de noodzaak tot samenwerking benadrukt. In navolging hiervan, omschrijven wij de eerstelijns als het systeem van geïnstitutionaliseerde mantelzorg. Zodoende wordt het onderscheid met zelfzorg enerzijds en met de specialistische hulpverlening anderzijds duidelijk (zie figuur).

In „Het ziekenhuis in de gezondheids-

zorg” wordt de aandacht gevraagd voor de mogelijke substitutiefunctie welke met name de huisarts kan hebben voor gespecialiseerde gezondheidszorg. Het precieze mechanisme van de substitutie is echter nog gedeels onduidelijk. Overigens lijkt ook de gezinszorg een soortgelijke substitutiefunctie te kunnen vervullen.

Twee algemeen aanvaarde uitgangspunten

1. Men verlangt een goede spreiding van voldoende voorzieningen in de eerstelijns, welke ten minste bestaat uit huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en verloskundigen. Hierbij worden globale, op dit moment officieel geldende normen gehanteerd, welke enerzijds voor een overbelasting der hulpverleners dienen te waken en anderzijds de hulpvrager een goede toegang tot de eerstelijns dienen te garanderen.
2. Het totstandkomen van samenwerkingsverbanden en daarmee ook van gezondheidscentra wordt algemeen als een belangrijke bijdrage aan een kwalitatief goede eerstelijns gezondheidszorg gezien. Niemand beschouwt echter het gezondheidscentrum als dé panacee voor kwaliteitsverbetering en kwaliteitsgarantie. Men erkent algemeen dat de hulpverleners, die gezamenlijk de eerstelijns gestalten geven dit in onderlinge, niet vrijblijvende samenwerking dienen te doen. De verschillende organisatievormen welke daarvoor mogelijk zijn – variërend van een compleet gezondheidscentrum tot een bescheiden „home-team” – sluiten elkaar geenszins uit.



Figuur:

A = spontane mantelzorg (het onderling hulpbetoon);

B = geïnstitutionaliseerde mantelzorg, beroepsmatige hulp (kruisverenigingen, maatschappelijk werk, huisarts, etc.)

C = specialistische hulpverlening (ziekenhuis, verpleeghuis, etc.).

Ontleend aan het rapport „Alleen Samen”.

* Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD.

** Destijds stagiaire Openbaar Lichaam Rijnmond, bureau Volksgezondheid in het kader van de Hogere Opvoeding aan de Hogere School voor Gezondheidszorg in Leusden.

Twee vragen

Met het doel inzicht te krijgen in de problemen, welke zich bij een volumemeting voor kunnen doen is het Rijnmondgebied gekozen om te bezien of het antwoord op twee vragen gevonden kan worden.

a. Is het mogelijk voor de huisartsen, de fysiotherapeuten, de verloskundigen, de wijkverpleegkundigen en de algemeen maatschappelijk werkers, werkzaam in het Rijnmondgebied een betrouwbaar beeld te krijgen over hun aantal en hun verdeling?

b. Is het mogelijk aan te geven, uitgaand van de officiële normen, wáár zich vestigingsmogelijkheden voordoen? Daarbij wordt ook rekening gehouden met mensen die bij een vestiging de voorkeur voor een samenwerkingsverband hebben en daartoe voor een gezamenlijke vestiging willen kiezen.

Men dient zich te realiseren dat met het beantwoorden van deze vragen het gevaar opdoemt van een misverstand. De discussie rondom de Structuurnota en rondom het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg benadrukt dit. Er is zowel sprake van angst voor een door de overheid gevoerd vestigingsbeleid als juist een verlangen daarnaar. De Nieuwe Blauwdruk benadrukt het feit dat de overheid de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid draagt. De beroepsbeoefenaren en de overheid hebben elkaar echter voor het scheppen van de juiste voorwaarden nodig. Het is niet de bedoeling van dit verslag om in deze discussie verzeild te raken.

Ons uitgangspunt hier is, dat er in Nederland voor de vestiging van de leden van verschillende beroepsgroeperingen – met name waar het om de vrije beroepsbeoefenaren gaat – een bepaalde gedragswijze is ontwikkeld, in overeenstemming met de bestaande wetgeving. Een huisarts of een fysiotherapeut die zich vestigt na over-

Het allerbelangrijkste en volstrekt nieuwe is het uitvoering geven aan het beleidsvoornemen iets aan vestigingsbeleid te willen doen. Zijn eenmaal algemene regels aanvaard, dan kunnen deze later bijgesteld en verijnd worden. Maar de eerste stap moet worden gezet

Nieuwe Blauwdruk-LHV 1977

name of associatie op basis van een good-willoverdracht handelt even legitiem als iemand die zich vrij vestigt. Mensen die „solo” werken en aan de samenwerking met anderen in een „home-team” gestalte willen geven, hebben evenveel recht van spreken als zij die de voorkeur geven aan een gezondheidscentrum.

Opzet van het onderzoek

Er is gestreefd naar een nauwkeurige inventarisatie van het aantal huisartsen, wijkverpleegkundigen, algemeen maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en verloskundigen in het Rijnmondgebied. De geïnstitutionaliseerde mantelzorg komt zodoende onvolledig aan de orde. De gezinsverzorging, de apotheker, de tandarts en de diëtiste blijven buiten beschouwing.

Op 1 januari 1976 waren er in het Rijnmondgebied 1.047.644 inwoners. Hiervan konden er zich 614.767 Rotterdammers noemen (inclusief Hoek van Holland en Hoogvliet).

Het Geïntegreerd Milieu Onderzoek (G.M.O.) verschaft veel belangrijke informatie over de leefbaarheid en het voorzieningenpeil. Op grond daarvan kan het Rijnmondgebied ingedeeld worden in een vijftal stadsgewestdelen. Het eerste gebied wordt wel de noordwestelijke stedenband genoemd waarvan Schiedam, Vlaardingen, Maassluis en Hoek van Holland deel uitmaken. Het tweede stadsgewestdeel wordt gevormd door Rotterdam-Noord, terwijl het derde gedeelte door Ommoord, Alexanderpolder, Capelle aan den IJssel en Krimpenerwaard, Capelle aan den IJssel tot „Rotterdam”-Oost wordt gemaakt. In het vierde gedeelte vallen Rotterdam-Zuid en IJsselmonde samen. Het vijfde gedeelte ten slotte wordt gevormd door het grootste deel van Voorne-Putten, plus Hoogvliet, Rhooen en Poortugaal.

Uit een aantal beschikbare bronnen is geprobeerd informatie over het volume van de eerstelijns gezondheidszorgvoorzieningen in Rijnmond te verzamelen. Meer-malen is om informatie gevraagd – soms ter controle van de door ons verzamelde gegevens – aan instanties welke op een onderdeel bijzondere deskundigheid bezitten (bijvoorbeeld de plaatselijke huisartsenverenigingen, de kruisverenigingen, provinciale organisaties, de Vereniging voor Verloskundigen, enzovoort).

De huisartsen in Rijnmond

Voor het vestigingsadres der huisartsen is gebruik gemaakt van de G.M.O.-indeling

(kaart 1). Voor elk der wijken of deelgebieden is berekend hoeveel inwoners er zijn per gevestigde huisarts. Dit betekent niet dat deze huisartsen ook in deze wijk of in dit deelgebied wonen noch wordt geïmpliceerd dat deze huisartsen hun praktijk daartoe behoeven te beperken. Het is bekend dat talrijke waarneemgroepen van huisartsen hun praktijkgebied over verscheidene G.M.O.-deelgebieden kunnen uitstrekken. Indien men zich een goede indruk wil vormen over de huisartsendichtheid in een bepaald deelgebied dan dient men dus te letten op de dichtheid in de aangrenzende deelgebieden.

Het eerste probleem dat men tegenkomt bij het bepalen van de dichtheid is het feit dat in de verschillende opgaven geen onderscheid wordt gemaakt tussen feitelijk als zodanig werkende huisartsen en artsen die ten behoeve van hun functie in een verpleeginrichting en dergelijke door de ziekenfondsen als huisarts zijn erkend. Deze laatste groep maakt ongeveer 8 procent uit van de officiële opgave. Indien landelijk sprake is van een gemiddelde praktijkgrootte van 2.828 mensen (1 januari 1975) dan is bij deze berekening ook de verpleeghuisarts, die ziekenfondsmedewerker is, meegeteld. Dit maakt dat de vergelijking van de landelijke praktijkgrootte met de praktijkgrootte welke door ons voor het Rijnmondgebied is berekend niet geheel zuiver is. In het totale Rijnmondgebied zijn volgens onze berekening op 1 april 1977 351 huisartsen werkzaam met een gemiddelde praktijkomvang van 2985 mensen.

Deze gemiddelde praktijkomvang is zonder de correctie van de in verpleeginrichtingen en dergelijke verblijvende mensen. Evenmin kon bij de berekening het mutatiesaldo van 1 januari 1976 tot 1 april 1977 worden berekend. Voor de stad Rotterdam is er sprake van 219 huisartsen met een gemiddelde praktijkomvang van 2.807. Dit betekent dat in de rest van het Rijnmondgebied 132 huisartsen werken met een gemiddeld aantal patiënten van 3.279.

De praktijknorm

Er is in Nederland sprake van een „norm-praktijk”. Deze norm is vooral een honoreringsnorm en functioneert bij het berekenen van het ziekenfondshonorarium. Daarnaast heeft het betekenis bij het beoordelen van de gemiddelde dagtaak van de huisarts. Op dit moment wordt in Nederland nog steeds officieel gerekend met een norm van 2600 patiënten (1800 ziekenfondsverzekerden en 800 particulieren). Het ziet er naar uit dat deze norm zijn langste tijd heeft gehad. In feite wordt van alle kanten toegegeven dat het dag-

taakprincipe voor de huisarts een norm van ten hoogste 2200 of zelfs 2000 patiënten noodzakelijk maakt.

Met de normering van de praktijkgrootte zijn nog meer problemen aan de orde dan alleen de honorering en de dagtaak (in uren) van de individuele huisarts. Globaal zijn er twee soorten factoren aan te geven: – factoren op het terrein van de inhoudelijke, professionele aspecten van de huisartsgeneeskunde; – factoren samenhangend met het „marktmechanisme” rond vestiging en praktijkbeëindiging.

De eerstelijns wordt in toenemende mate gezien als een belangrijke „vormfactor”, welke binnen het gehele systeem sturend kan werken. Om deze besturing mogelijk te maken is in elk geval een intensievere samenwerkingsrelatie nodig dan nu meestal het geval is. Samenwerking met andere disciplines kost steeds méér tijd dan er direct in de eerstelijns aan tijd bespaard kan worden. De potentiële winst aan tijd en aan geld wordt vooral in het tweede en derde echelon zichtbaar. Bij het normeren van de huisartspraktijk is het daarom nodig voor een goede samenwerkingsrelatie ongeveer 20 procent van de „dagtaak” in te brengen. Een belangrijk

argument om de oude 2600-norm te doen dalen naar 200-2200.

Het „marktmechanisme” rond vestiging en praktijkbeëindiging is in een recent rapport van het Nederlands Huisartsen Instituut „Nieuwe vestigingen van huisartsen” goed aan de orde gesteld. Voor Rijnmond kan daar nog het volgende aan worden toegevoegd. De aanwezigheid van de Erasmus Universiteit en daarmee van de beroepsopleiding tot huisarts brengt een extra stuurmechanisme met zich, vooral gezien de algemeen bestaande neiging om na het afstuderen in het „eigen” gebied rond de universiteit neer te strijken.

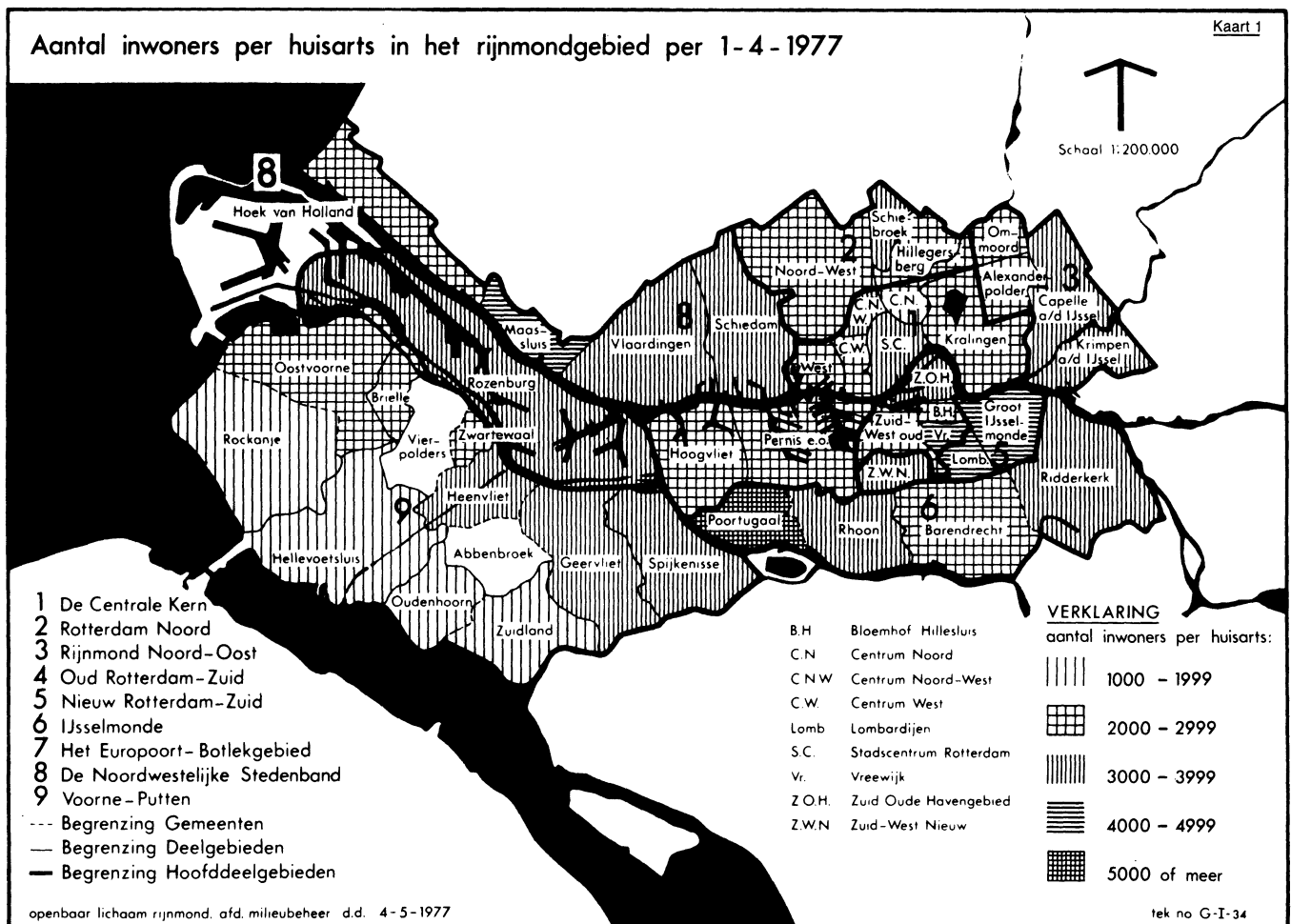
De Werkgroep Artsenaanbod stelt dat „als minstens 40 procent van de afgestudeerden huisarts wordt, er in de periode 1975-1980 in elk geval een aanwas zal zijn van 3250 huisartsen”. De geplande capaciteit van de huisartsenopleiding in Nederland (600-700 plaatsen per jaar) zal tot een – al dan niet relatief – overschot leiden, wanneer de groei van het huisartsenbestand ongehinderd door zou gaan. Noch de leeftijdsverdeling van het huidige bestand, noch nieuwe sociaal-geneeskundige functies voor de „oudere” huis-

artsen, noch een verlaging van de norm, kunnen dit voorkomen.

Overigens is het aantal oude huisartsen (65 jaar en ouder) met name in Rotterdam relatief hoog (op 1-1-1975 13,4 procent in tegenstelling tot landelijk 8,4 procent).

Ook in Rijnmond zal de samenstelling van de eerstelijns de komende jaren onder hoge druk komen te staan. Deze druk kan zeker bijdragen aan een kwaliteitsverbetering en aan een verschuiving naar de eerstelijns. Deze ontwikkeling kan vooral gunstige effecten hebben wanneer een gericht vestigingsbeleid wordt gevoerd. Om tot een dergelijk beleid te komen is gedetailleerde informatie nodig. Daaraan levert dit onderzoek een bijdrage. Voor ons onderzoek is voor 1977 de 2600-patiënten-norm gehanteerd. Vooruitkijkend is echter uitgegaan van een gemiddelde praktijkomvang van 2200 patiënten.

Deze nieuwe norm wordt door ons gehanteerd op basis van de bevolkingsprognoses voor 1986. Het is immers niet reëel te verwachten dat een belangrijk geringere gemiddelde praktijkomvang van de ene op de andere dag tot stand komt. Daar komt bij dat vooral de bevolkingsafname in Rotterdam in de beschouwing dient te worden betrokken. Met al deze slagen om de arm



Tabel 1. Aantal huisartsen voor wie grof aangegeven in zes deelgebieden van Rijnmond in 1977 (2600-norm) en in 1986 (2200-norm) „plaats” is.

	Aantal huisartsen op 1 april 1977	Uitbreiding aantal huisartsen norm 2600 (1977)	norm 2200 (1986)
Rotterdam Zuid	94	14	12
Rotterdam Noord	125	13	14
Voorne-Putten	38	3	22
Maassluis + Schiedam + Vlaardingen	52	19	32
Capelle a/d IJssel + Krimpen a/d IJssel	19	5	23
IJsselmonde	23	9	26
Totaal	351	63	129

wordt in tabel 1 voor zes deelgebieden grof aangegeven voor hoeveel huisartsen er op dit moment (2600-norm) en in 1986 (2200-norm) „plaats” is. Deze plaatsen zijn vastgesteld op grond van huisartsendichtheden per wijk en per aangrenzende wijk (kaart 1) en niet op een puur rekenkundig gemiddelde (voor een meer gedetailleerd inzicht wordt naar het oorspronkelijke, uitvoerige rapport verwezen).

Tabel 1 geeft aanleiding tot een aantal opmerkingen. Met nadruk wordt gesteld dat het onjuist is zonder meer te concluderen dat er op dit moment ruimte is voor dertien extra huisartsen aan de noordoever en veertien aan de zuidoever van Rotterdam. Het is bijvoorbeeld duidelijk dat Centrum-West, Hillegersberg, Bloemhof/Hillesluis en Hoogvliet deelgebieden zijn waar relatief vele huisartsen zijn gevestigd. Dit maakt dat puur over het betreffende deelgebied berekend de gemiddelde praktijkomvang er onder de 2600 patiënten ligt. Indien men zich een betere indruk wil vormen over de ruimte tot vestiging in Rotterdam, dan dient men de huisartsendichtheid in aan elkaar grenzende wijken tegelijkertijd te beoordelen.

In kaart 1 is geprobeerd dit overzichtelijk te maken. Het blijkt bijvoorbeeld dat de relatief grote huisartsendichtheid in Hoogvliet niet opweegt tegen het tekort in Poortugaal en Rhoon. Het grote aantal huisartsen in Hillegersberg strekt zijn werk duidelijk uit tot Schiebroek, Ommoord en Alexanderpolder. Hetzelfde geldt voor Kralingen. De wijken welke rond Centrum-West liggen doen duidelijk een beroep op het relatief grote aantal huisartsen in Centrum-West.

Men dient er voor te waken puur rekenkundig te werk te gaan. Steeds opnieuw is het van belang de lokale situaties te beoordelen: welke afstanden – geografisch en in tijd met het openbaar vervoer – moeten de mensen afleggen naar de praktijk van de huisarts? In de eerstelijns speelt de directe toegankelijkheid – én in tijd én in afstand én in psychologische zin – een grote rol.

Ook is het nodig notitie te nemen van de

niet zeldzame praktijken, welke nu reeds weloverwogen aanzienlijk kleiner zijn dan 2600, soms omdat allerlei andere functies worden vervuld (controles, keuringen, opleiding, een bedrijf). Het is duidelijk dat deze gevallen het berekende rekenkundig gemiddelde vertekenen. Ten slotte houdt normering toch eigenlijk een geaccepteerd maximum en zeker géén minimum in. Soms is door plaatselijke omstandigheden een door het rekenkundig gemiddelde aangevoelde mogelijkheid wellicht niet reëel. Gezien het feit dat een solitaire vrije vestiging zonder dat een beroep kan worden gedaan op het reeds bestaande waarneemsysteem voor avonden, weekenden en vakanties praktisch uitgesloten is, betekent dit dat de gevestigde huisartsen in beslissende mate bepalen of een nieuwe huisarts zal worden toegelaten, wie dit zal zijn en onder welke condities. Er is echter ook een aantal gebieden waar, opnieuw uitgaande van 2600, de ruimte voldoende lijkt voor gelijktijdige vestiging van ten minste drie huisartsen, die indien dat noodzakelijk zou zijn onderling de continuïteit van de zorgverlening kunnen garanderen. In Rotterdam zijn in beginsel vijf van dergelijke mogelijkheden aan te wijzen. In de rest van Rijnmond zeven (kaart 2).

Wanneer men uitgaat van de 2200-norm dan lijkt het alsof de vestigingsmogelijkheden sterk toenemen. Dit is slechts gedeeltelijk het geval. Volgens de schatting zal in 1986 de bevolking van de gemeente Rotterdam met ongeveer 80.000 mensen zijn teruggelopen tot 534.500 inwoners, van wie 18,4 procent 65 jaar of ouder is (raming streekplan Rijnmond). Deze vermindering met 80.000 inwoners zal zich vooral in de oudere wijken binnen de zogenaamde „Ruit” (gebied binnen het stelsel van autowegen rond Rotterdam) voordoen (jaarlijks vertrekoverschot ongeveer 4 procent). Voor Rotterdam als geheel betekent dit dat de rekenkundige ruimte voor 59 nieuwe vestigingen uitgaande van de huidige bevolking en de norm van 2200 door het verlies van ongeveer 80.000 inwoners in feite beperkt blijft

tot 25 à 30 nieuwe vestigingen. Het is niet te voorspellen in hoeverre het relatief grote aantal bejaarden en de ongunstige leeftijdsopbouw van de huisartsengroep zal leiden tot een relatief grotere behoefte aan eerstelijnsvoorzieningen.

Daarnaast dient echter rekening te worden gehouden met de bouw van grote nieuwe woongebieden welke vóór 1986 tot uitvoering komen. In en direct bij Rotterdam komt op deze manier ruimte in het „puntzakgebied” (de Beverwaard), in Schollevaart, in Ommoord-Noord, in Alexanderpolder en in 's-Gravenland. Het is te verwachten dat een gedeelte van de vestigingsmogelijkheden in deze nieuwe woongebieden tot stand komt door de afname van de praktijkomvang in het oudere gedeelte van Rotterdam.

Het is duidelijk dat Voorne-Putten het, uitgaande van de 2600-norm, wat de huisartsendichtheid betreft goed heeft getroffen. Heel anders komt het beeld te liggen wanneer van de bevolkingsgroei op het eiland wordt uitgegaan en wanneer daaraan de lagere praktijknorm wordt gekoppeld.

Het blijkt dat dan met name Hellevoetsluis en Spijkenisse veel vestigingsruimte gaan bieden. Ook is duidelijk dat wanneer men dit in beide genoemde gemeenten zou wensen, de totstandkoming van gezondheidscentra kan worden voorbereid.

Maassluis, Schiedam en Vlaardingen laten een opmerkelijk geringe huisartsendichtheid zien. Op dit moment is er rekenkundig ruimte voor een negentiental nieuwe huisartsen. Uitgaande van de 2200-norm is de ruimte veel groter. In de praktijk blijken de huisartsen in de drie genoemde gemeenten hun praktijkgebied tot de eigen gemeente te beperken. Dit maakt het eenvoudiger om tot een eventuele planning van meervoudige vestiging over te gaan. Schiedam-Noord en Schiedam-Zuid bieden mogelijkheden evenals Vlaardingen en Vlaardingen-Holy. Tevens komen in het noorden van beide gemeenten grote nieuwe woongebieden.

Rijnmond-Oost – onder andere Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel – biedt op dit moment beperkte ruimte voor vestiging. De IJssel scheidt beide gemeenten en maakt een gecombineerde vestiging uitgesloten. Het feit dat Capelle aan den IJssel als groeikern is aangewezen, biedt op afzienbare termijn echter ruimere perspectieven. Indien daarnaast de 2200-norm wordt verwezenlijkt, is ook in het oostelijk gebied de keuzemogelijkheid aanwezig voor nieuwe organisatievormen voor de eerstelijns gezondheidszorg.

IJsselmonde ten slotte geeft een meer gecompliceerd beeld. De behoefte aan huis-

artsen in Poortugaal en Rhooen wordt gedeeltelijk opgevangen door de huisartsen in Hoogvliet. Ridderkerk echter is een betrekkelijk geïsoleerd gebied dat op dit moment aanzienlijk ruimte biedt. Ook hier opent de voorgenomen uitbreiding in Ridderkerk en Barendrecht de mogelijkheid, indien men dat zou wensen, om in de komende jaren de structuur van de eerstelijns doelbewust voor te bereiden.

Het is duidelijk dat steeds – of het nu om een solitaire of een meervoudige vestiging gaat – in nauw overleg dient te worden gehandeld. De beroepsorganisatie der huisartsen heeft zich in haar Nieuwe Blauwdruk in feite verantwoordelijk willen stellen voor een goed vestigingsbeleid, waarbij expliciet rekening wordt gehouden met de maatschappelijke verhoudingen buiten de directe sfeer van de gezondheidszorg.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg preludeert op een beleid waarbij met name de gemeenten – liefst in nauw overleg met de beroepsbeoefenaren – een belangrijke rol spelen. De gemeenten kunnen op verschillende wijzen de totstandkoming van samenwerking in de eerstelijns actief bevorderen.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten ziet daarbij een aantal functies:

- een signalerende,
- een stimulerende,
- een initiërende,
- een voorlichtende en
- een experimenterende, beherende functie.

De wijkverpleegkundigen in Rijnmond

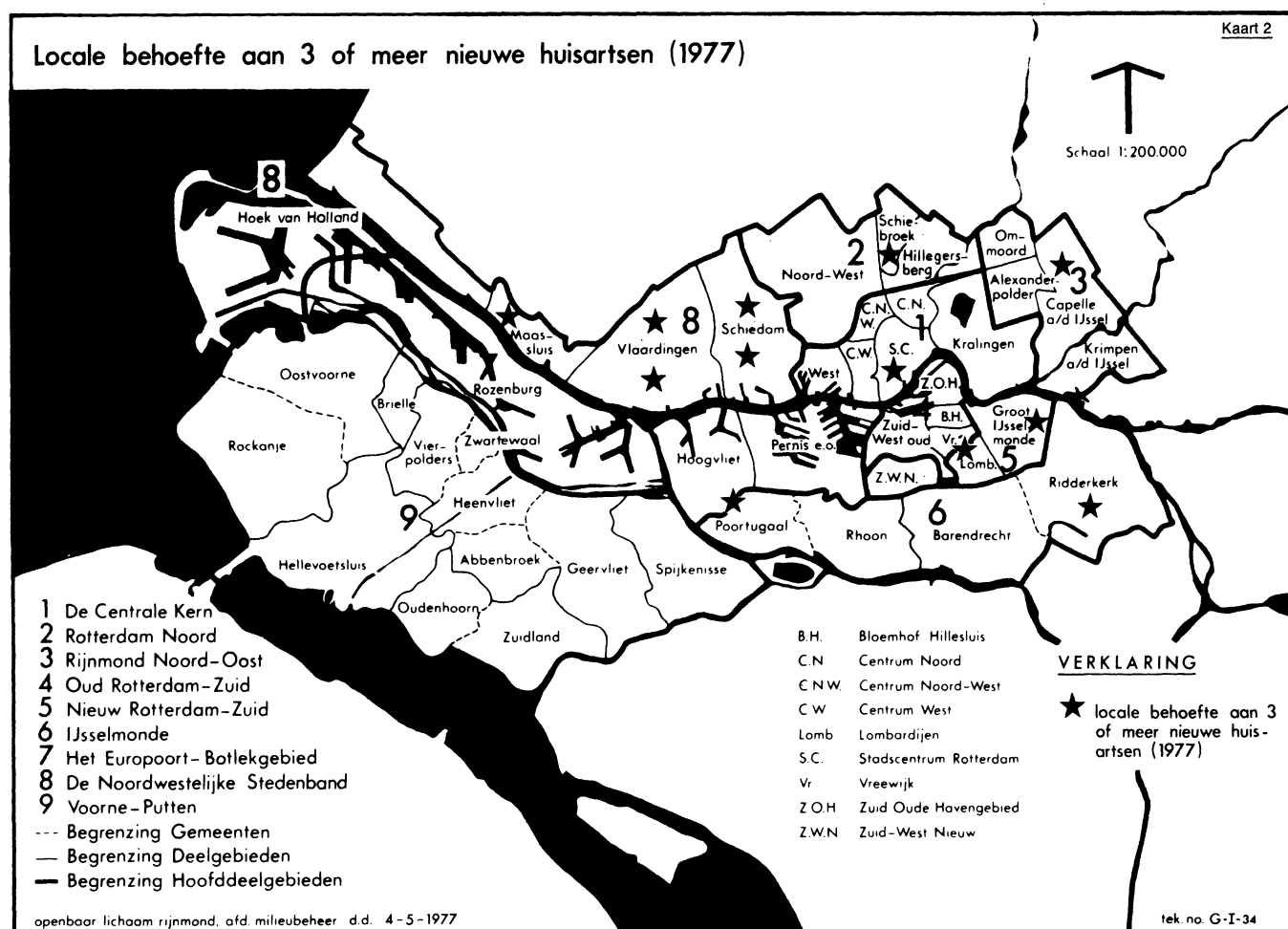
Het is merkwaardig dat in de discussie over de verschuiving van de geneeskundige zorg in de hogere lijnen naar de eerstelijns de positie van de wijkverpleegkundige zo weinig is benadrukt. Dit is in schrille tegenstelling tot de hoge verwachtingen welke men van een hogere huisartsendichtheid heeft. Zonder de juistheid van het laatste in twijfel te trekken, ligt het toch in elk geval voor de hand meer aandacht te hebben voor de functie van de curatieve wijkverpleging. Het is juist de wijkverpleegkundige die voor de bedlegerige patiënt of voor de reconvalescent zo'n daadwerkelijke steun kan betekenen. Daarnaast is duidelijk dat de wijkverpleegkundige vanuit de doelstellingen van de kruisverenigingen en vanuit haar ver-

pleegkundige taakopvatting een belangrijke bijdrage aan een kwaliteitsverbetering in de eerstelijns kan leveren.

Ook de verdeling van wijkverpleegkundigen in Rijnmond is onderzocht door het aantal inwoners van een wijk, of G.M.O.-gebied per wijkverpleegkundige te relateren aan de bestaande normen. Landelijk is voor wijkverpleegkundigen, die niet in een samenwerkingsverband werken de norm op 3450 inwoners gesteld. De zogenaamde interimregeling voorziet voor wijkverpleegkundigen die aan een samenwerkingsverband deelnemen in een lagere norm: 3000.

De normering voor het al dan niet werkzaam zijn van wijkziekenverzorgenden heeft te maken met het aantal bejaarden (geldt voor Rotterdam). Voor iedere 3100 bejaarden kan in beginsel één ziekenverzorgende werkzaam zijn. Landelijk is de norm: een ziekenverzorgende op drie wijkverpleegkundigen.

Het ligt voor de hand dat niet overal in Nederland zonder meer de landelijk gehanteerde norm wordt uitgevoerd. De zeer heterogene financiering van het werk der kruisverenigingen maakt dat meermalen ook moeilijk. Het recente rapport „Alleen Samen” benadrukt uit hoeveel verschil-



lende en soms onzekere bronnen het budget van de plaatselijke kruisverenigingen afkomstig is. Dit betekent dat bijvoorbeeld een grote gemeente als Rotterdam, welke een belangrijk deel van de kosten der kruisverenigingen draagt, ook een subsidiëeringsnorm kan hanteren. In dit geval ligt deze norm op ongeveer 3250 mensen, exclusief de wijkziekenverzorgenden.

In kaart 3 zijn de globale uitkomsten samengevat. Het blijkt dat in Rotterdam op basis van de gehanteerde normen praktisch niet kan worden gesproken van een tekort aan hulpverleners waar het gaat om de taken van de kruisverenigingen. Er is geen sprake van een groot aantal vacatures; de verdeling over de regio's is evenwichtig.

Op Voorne-Putten is het gemiddeld aantal inwoners per wijkverpleegkundige ruim boven de landelijke norm: 4043. Dit zou betekenen dat er voor vier verpleegkundigen ruimte is. Opvallend is het aan de norm gerelateerde tekort in Schiedam, Vlaardingen en Maassluis. Daar zouden zelfs 50 procent meer wijkverpleegkundigen (18) kunnen werken, voordat de landelijke norm zelfs maar wordt bereikt. In Capelle aan den IJssel is de situatie ongeveer vergelijkbaar met die in Rotterdam. In

Krimpen aan den IJssel zijn 5866 inwoners per verpleegkundige. Op IJsselmonde ten slotte zou volgens het uitgangspunt ruimte voor een tiental verpleegkundigen zijn.

De algemeen maatschappelijk werkers in Rijnmond

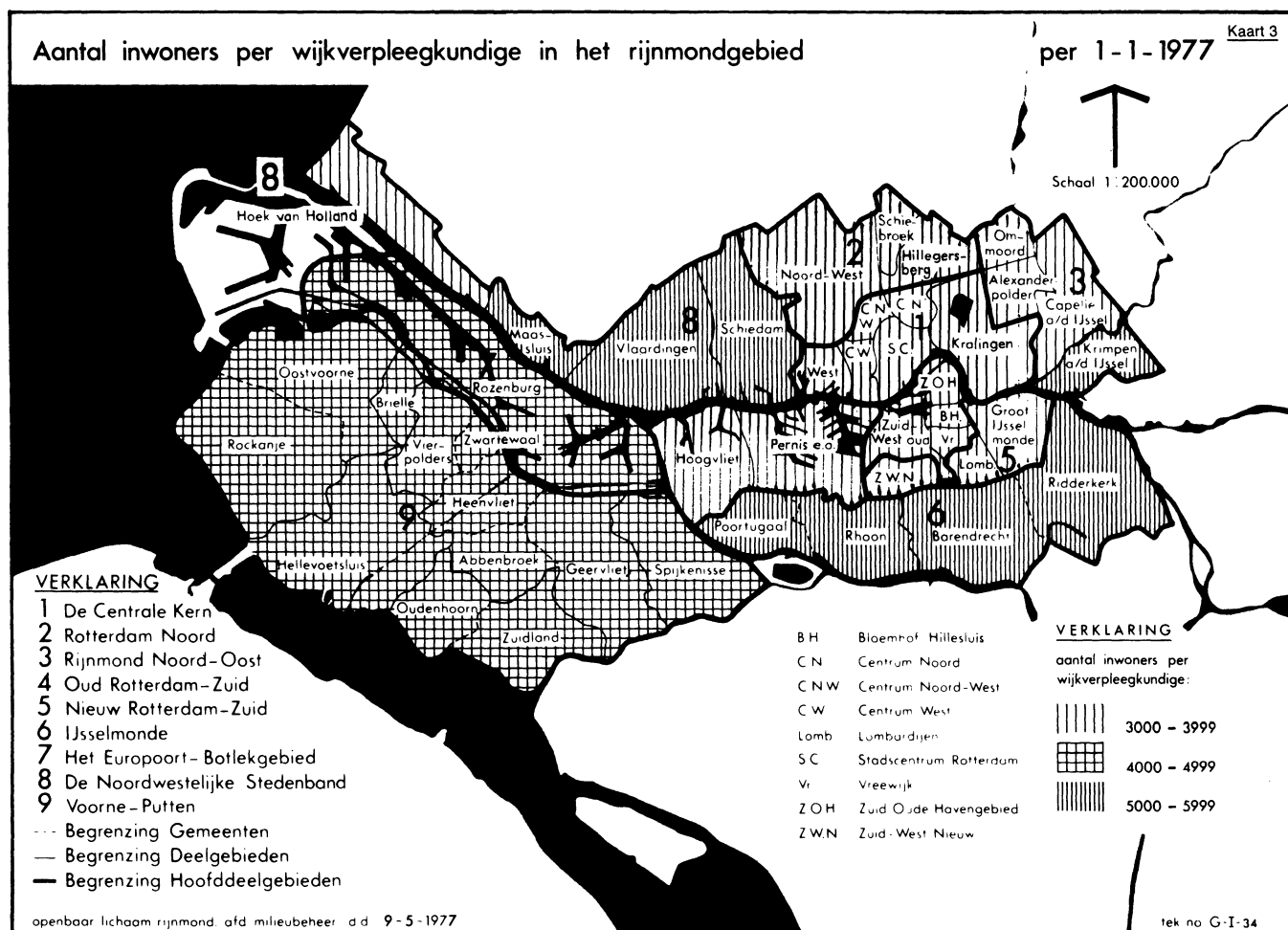
Er bestaat onduidelijkheid, zo men wil verwarring, over de behoefte aan algemeen maatschappelijk werk in de eerste lijn. Ons onderzoek richt zich slechts op de in de wijken gevestigde algemeen maatschappelijk werkers, die zich direct toegankelijk naar de lokale bevolking presenteren (mantelzorg). Natuurlijk doen maatschappelijk werkers in de geïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg meermalen vergelijkbaar werk. Een specifiek aspect ontbreekt daaraan in dat geval, namelijk de mogelijkheid om met een gezamenlijke verantwoordelijkheid in een omschreven samenwerkingsrelatie met andere hulpverleners in een lokale gemeenschap hulp te verlenen.

Ook voor het algemeen maatschappelijk werk – net als bij de kruisverenigingen – zijn de financiële verhoudingen ingewik-

keld. Van de genormeerde personeelslasten en de apparaatskosten wordt de helft door het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk betaald. Vijfenvertig tot vijftig procent berust meestal op een gemeentelijke subsidie, waarvan 80 procent in het kader van het „Financiële Verhoudingenbesluit” naar de gemeente terugvloeit. De resterende tekorten moeten worden bestreden uit „overige” inkomsten, waaronder contributies.

In Rijnmond zijn voor 1.047.644 inwoners 82 algemeen maatschappelijk werkers beschikbaar, zodat dit een dichtheid van een maatschappelijk werker per 12.776 inwoners oplevert. Tot voor kort was sprake van een landelijke norm met een maatschappelijk werker op 6000 inwoners. Er is op dit moment sprake van een heroriëntatie ten aanzien van deze norm. Het beleid van het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (onder andere de vacaturestop) benadrukt dit al. Desondanks was op 1 januari 1976 sprake van een maatschappelijk werker per 7339 Nederlanders.

De provincie Zuid-Holland komt er het slechtst af (1 op 9378) (tabel 2). In Rijnmond is volgens onze berekeningen de bezetting aanzienlijk krappere. Maar ook



wanneer deze norm zou worden verruimd tot bijvoorbeeld een algemeen maatschappelijk werker op 8000 of 9000 inwoners, dan nog blijft in Rijnmond zonder meer behoefte aan een forse uitbreiding van deze hulpverleningssoort bestaan. Daarbij is geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat de vraag naar hulp door maatschappelijk werkers in wijken, waar een samenwerkingsverband functioneert, sterk kan groeien. Het is dan een kwestie van keuze of men deze groeiende vraag toejuicht en ondersteunt.

Op basis van de 6000-norm is in Rotterdam-Noord plaats voor veertien extra maatschappelijk werkers, in Zuid voor twaalf. Voorne-Putten heeft behoefte aan een verdubbeling (acht). Schiedam, Vlaardingen en Maassluis kunnen ernaast de huidige veertien nog zeventien bijplaatsen. IJsselmonde ten slotte heeft één maatschappelijk werker op 43.588 inwoners (dertien extra plaatsen).

De situatie in het Rijnmondgebied maakt duidelijk dat de vacaturestop niet bijdraagt tot het bereiken van een nieuwe norm, op welk niveau deze ook zal worden vastgesteld. Natuurlijk moet in de discussie rekening worden gehouden met de hulpverleningsstromen, vooral wanneer het gaat om het soort problemen waarmee de maatschappelijk werkers zich bij voorkeur bezighouden (relationele problemen).

Indien de bevolking zich wendt tot maatschappelijk werkers die in de tweede- of hogere lijnsinstanties functioneren dan is dat natuurlijk een vrije keuze. Om een meer gefundeerde indruk te krijgen over de lokale behoefte aan algemeen maatschappelijk werk dient men te kijken naar de „caseload” van de reeds aanwezige maatschappelijk werkers, naar de specifieke omstandigheden in de wijk en naar de wijze waarop de overige hulpverleners functioneren. Maar ten slotte is het een beleidskeuze op welke manier men het algemeen maatschappelijk werk bij de hulp voor mensen met leefproblemen wil betrekken.

Gezien de ontwikkelingen rond de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (R.I.A.G.G.) en de toenemende (over)professionalisering in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg, is het van groot belang dat de plaats van het algemeen maatschappelijk werk in de eerstelijns over en weer wordt verduidelijkt. Het gevaar lijkt reëel dat zonder intensieve samenwerkingsrelaties het algemeen maatschappelijk werk als goede hulpverleningsmogelijkheid voor mensen met leefproblematiek tussen wal en schip valt.

Tabel 2. Overzicht van de bezetting per 1 januari 1976 van maatschappelijk werkers naar provincie en gerelateerd aan het aantal inwoners (Uit: Brief subsidiëring algemeen maatschappelijk werk d.d. 20 juli 1976, Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk).

Provincie	Algemeen maatschappelijk werkers	Aantal inwoners	Een maatschappelijk werker per
Groningen	68	538.011	7911
Friesland	72	558.477	7753
Drenthe	54	404.344	7487
Overijssel	139	1.000.769	7199
Noord Holland	299	2.289.551	7657
Zuid Holland	324	3.038.703	9378
Zeeland	61	330.084	5411
Utrecht	137	863.527	6303
Gelderland	220	1.648.699	7494
Noord Brabant	271	1.958.670	7227
Limburg	152	1.048.269	6896
Prov./Land	67		
Totaal Nederland	1.864	13.679.100	7339

De fysiotherapeuten in Rijnmond

Met de fysiotherapeuten is het moeilijk gesteld. In feite is het onmogelijk een correcte weergave te geven van het aantal fysiotherapeuten dat in de eerstelijns werkzaam is en hun verdeling over het Rijnmondgebied. In een recent advies van de Gezondheidsraad „Behoeft aan fysiotherapeuten” wordt gesteld dat er geen mogelijkheid bestaat een exacte opgave van het aantal in Nederland werkzame fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs te geven. Men zal tevreden moeten zijn met een aantal min of meer goed gefundeerde schattingen.

De Gezondheidsraad schat dat er in Nederland ongeveer 5500 fysiotherapeuten werkzaam zijn van wie 42 procent voor eigen rekening, 19 procent op percentagebasis en 37 procent in loondienst. Niet minder dan 45 procent van de fysiotherapeuten is part-time werkzaam. Onduidelijk is hoeveel van hen in de eerstelijns werken en hoeveel in ziekenhuizen of in revalidatie-afdelingen. Globaal wordt gesteld dat er vier fysiotherapeuten per 10.000 Nederlanders werken. Daarbij bestaat een belangrijke spreiding van 2,2 in Drenthe tot 6,1 in Utrecht. Hoe het ook zij, in de enquête van de Gezondheidsraad deelt ± 50 procent van de fysiotherapeuten mee teveel patiënten te hebben.

De Commissie uit de Gezondheidsraad komt tot de conclusie dat er een zeer sterke variatie in de omvang van de fysiotherapeutische hulpverlening in Nederland bestaat en dat een belangrijk gedeelte daarvan mede dient te worden verklaard door uiteenlopende verwijsgewoonten van huisartsen en specialisten. Op voorhand bestond dus allerminst de verwachting dat voor het Rijnmondgebied

een exacte opgave van het aantal fysiotherapeuten respectievelijk heilgymnasten/masseurs in de eerstelijns kon worden gegeven.

In de lijst van medewerkers, welke de Stichting Samenwerking Rotterdamse Ziekenfondsen uitgeeft staan 99 fysiotherapeuten, respectievelijk heilgymnasten/masseurs vermeld van wie 31 zich hebben verzekerd van de medewerking van een of meer collegae. Dit maakt het op zichzelf al onmogelijk een inzicht te krijgen in de mankracht van de fysiotherapie in Rotterdam, respectievelijk het Rijnmondgebied.

In het reeds genoemde rapport van de Gezondheidsraad wordt indirecte informatie over Rotterdam respectievelijk het Rijnmondgebied gegeven. Het blijkt dat de in Rijnmond werkzame ziekenfondsen een relatief lager bedrag per verzekerde kennen waar het gaat om de kosten voor uitwendige geneeswijzen in 1974 en wel ongeveer f 12,- in plaats van gemiddeld f 17,- (Nederland); in Amsterdam f 22,- en in Twente f 33,-. Deze uitkomst leidt ons tot de voorzichtige conclusie dat er, gezien het patroon in Nederland, in Rijnmond sprake is van een relatief geringe consumptie aan uitwendige geneeswijzen. Een recent onderzoek over de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten „De fysiotherapie als vierde in het eerstelijnskwartet – een verslag over een jaar fysiotherapie in het Wijkgezondheidscentrum Ommoord”, ondersteunt de opvatting dat de fysiotherapie een onmisbare schakel in de moderne eerstelijns gezondheidszorg is. De fysiotherapeut kan terecht, aldus het verslag, een gelijkwaardige plaats opeisen en de „driepoot” (huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleging) tot een „vierpoot” uitbreiden. Het voorgaande overziend kan naar onze

mening het volgende worden geconcludeerd:

- er is geen aanleiding te menen dat er in Rijnmond een relatieve verzadiging aan hulpverlening door fysiotherapeuten respectievelijk heilgymnasten/masseurs bestaat. Welke norm men ook hanteert, het Rijnmondgebied komt er relatief laag uit;
- omdat de hulp door fysiotherapeut in de eerstelijns, in nauw contact met de huisarts en ook de wijkverpleegkundige, een belangrijk onderdeel van de wijkgezondheidszorg vormt, bestaat er alle reden per wijk, respectievelijk per samenwerkingsproject te bevorderen, dat met ten minste één fysiotherapeut, die wil en kan samenwerken nauwer contact tot stand komt. Het ligt voor de hand eerst te onderzoeken of met een eventueel in de wijk gevestigde fysiotherapeut een goede samenwerking mogelijk is. Mocht dit om wat voor reden niet lukken, dan is de „marktpositie” in de fysiotherapie van dien aard, dat er geen bezwaren tegen het actief zoeken naar een nog niet gevestigde fysiotherapeut bestaan;
- het is nodig in Rijnmond tot een goede registratie van fysiotherapeuten respectievelijk heilgymnasten/masseurs te komen. Daarbij dienen ook de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar te worden betrokken.

De verloskundigen in Rijnmond

Ook bij de verloskundigen is sprake van een gecompliceerde situatie. Het is bekend dat in Rijnmond 46 verloskundigen in de eerstelijns werkzaam zijn. Ook de plaats van vestiging is bekend. Deze informatie is echter onvoldoende indien wij een oordeel willen vormen over de mogelijkheden tot vestiging in Rijnmond.

In 1976 heeft het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne statistische gegevens over de verloskundige zorg van 1960 tot 1974 gepubliceerd. Op basis van deze gegevens kan men concluderen dat de marktsituatie rondom de verloskundige zorg van dien aard is dat het aantal beschikbare verloskundigen daarop relatief weinig invloed heeft.

Het aantal gynaecologen, het aantal obstetrische bedden, het bestaan van een opleiding tot gynaecoloog, verloskundige en verpleegkundige, de aanwezigheid van een academisch ziekenhuis, de organisatie van de kraamzorg, de aanwezigheid van „short-stay”-mogelijkheden en de gewoonten van de huisartsen, vormen stuk voor stuk factoren welke invloed hebben op het werk van de verloskundige. Voorts wordt het beeld in belangrijke mate gecompliceerd door een dalend aantal

bevallingen. Was er in 1975 in ons land nog sprake van 13,1 levend geboren per 1000 inwoners, in 1976 waren dit er 12,5 en in januari 1977 nog slechts 11,7. Het Rijnmondgebied komt daarbij nog weer iets lager uit de bus (rond de 10 promille). Dit betekent dat het landelijk gemiddelde van het aantal bevallingen per verloskundige dat in 1973 90 bedroeg, in Rijnmond slechts met moeite of niet wordt bereikt.

Er is landelijk een ontwikkeling zichtbaar waarbij het aandeel van de gynaecoloog in de verloskunde toeneemt, het aandeel van de huisarts daalt en het aandeel van de verloskundige constant blijft rondom de 30 procent. De neiging om in toenemende mate de bevalling in de ziekenhuisomgeving te doen plaatsvinden heeft eveneens veel invloed op het functioneren van de verloskundige. Gezien de beschikbare informatie kan er, over het gehele Rijnmondgebied beschouwd, van een voldoende aantal verloskundigen worden gesproken.

Dit houdt echter allermindst een stellingname in ten aanzien van een gewenste rol van de verloskundige bij normaal verlopende zwangerschap en bevalling, postnatale zorg, anticonceptie en begeleiding van aanstaande vaders en moeders. In belangrijke mate kan een samenwerkingsverband met een groep huisartsen, die een omschreven opvatting over de betekenis van de verloskunde in de eerstelijns hebben, bijdragen tot de ontplooiing daarvan.

Dit is uiteraard in de eerste plaats afhankelijk van lokaal bestaande verlangens en plannen. In zekere zin houdt dit een benaderingswijze in welke overeenkomt met die van de fysiotherapie. Een belangrijk verschil is er in gelegen dat er wat de verloskundigen betreft, wel degelijk schade zou kunnen worden gedaan aan de reeds gevestigde verloskundigen, die niet aan een samenwerkingsverband de voorkeur geven.

Discussie

In het citaat schrijft Lyndall Urwick dat er geen enkele reden is waarom mensen zouden proberen met elkaar samen te werken of waarom iemand zou proberen hen te organiseren tenzij er sprake is van een doel. Deze opvatting sluit aan op de manier waarop dit rapport tot stand is gekomen. Het gaat er niet alleen om een min of meer nauwkeurige inventarisatie van de voorzieningen in de eerstelijns in Rijnmond te maken. Uiteindelijk gaat het erom wat er met een dergelijke inventarisatie kan worden gedaan. Welk doel kan ermee worden gediend?

Het is niet de opzet van dit rapport om indirect en impliciet een doel waartoe de inventarisatie kan dienen op de voorgrond te schuiven. Het is een van de rechten maar ook een van de plichten van de openbare menings- en besluitvorming om uit alternatieve doelen er één te kiezen. Het kiezen uit alternatieven kan echter gemakkelijker en ook op een doorzichtige wijze gebeuren, wanneer de alternatieven duidelijk zijn.

Een aantal doelstellingen voor een moderne gezondheidszorg wordt vrij algemeen onderschreven. Het verlangen naar kwaliteitsverbetering van de zorg met daaraan gekoppeld de mogelijkheid om ook kwaliteit te meten (medical audit) is duidelijk. Wie daarvoor verantwoordelijk moet zijn is een andere vraag.

Voorts wenst men tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg te komen. Daarbij denkt men vooral aan het bestuurbaar maken van het gezondheidszorgsysteem door het vervullen van de vraag om hulp in mindere mate in hogere lijnen en in omvangrijker mate in de eerstelijns te doen plaatsvinden. Kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering houden elkaar niet als vanzelfsprekend in, noch sluiten zij elkaar direct uit.

Een doelstelling welke minder algemeen wordt ondersteund is gericht op het tegengaan van de vermedicalisering in onze samenleving en van de toenemende specialisering en professionalisering van de hulpverlening. Daaraan is de discussie gekoppeld over een veranderend gezondheidsbegrip en over bijvoorbeeld de humanistische gezondheidszorg.

Wanneer men op zinvolle wijze uit verschillende alternatieven zou willen kiezen daarbij rekening houdend met de lokale omstandigheden dan is het noodzakelijk aandacht aan het begrip regionalisatie te schenken. De commissie-Festen schreef indertijd: „Regionalisatie van de gezondheidszorg is het in ruimtelijke en functionele zin ordenen en plannen van voorzieningen binnen daartoe vastgestelde, aansluitende gebieden (regio's) zodat in elk dezer gebieden die voorzieningen wat betreft bereikbaarheid en samenhang zo goed mogelijk gaan functioneren ten behoeve van alle inwoners.”

Inhoudelijk ligt in deze omschrijving een aantal doelstellingen besloten:

- de optimale bereikbaarheid van voorzieningen;
- een optimale samenhang en afstemming van voorzieningen;
- een overzichtelijk geheel van voorzieningen;
- het in voldoende mate aanwezig zijn van voorzieningen;

- een voldoende kwaliteitsniveau van de beschikbare voorzieningen;
- het anticiperen op toekomstige ontwikkelingen.

De discussie over de betekenis van regionalisatie zal zich niet zozeer op de juistheid van de hier genoemde aspecten richten, doch veel meer op de vraag wat nu precies optimaal is, wat overzichtelijk is en wat voldoende is.

Regionalisatie is een ordeningsprincipe, het houdt een proces in, het is geen doel op zichzelf. Wanneer men het proces op een duidelijke en beïnvloedbare wijze wil uitvoeren is het nodig over goede gegevens te beschikken. De vanzelfsprekendheid van de constatering dat goede informatie nodig is blijkt in de praktijk in schrille tegenstelling te staan tot de grote moeilijkheid om deze informatie werkelijk in een hanteerbare vorm op tafel te krijgen. Het blijkt daarbij dat het voor een aantal hulpverleningsmogelijkheden in de eerstelijns zelfs niet goed mogelijk is om een basis voor doelgerichte planning te ontwikkelen. Globaal biedt het in dit rapport geschetste beeld echter de mogelijkheid verschillende alternatieven naast elkaar te zetten. Het is mogelijk aan te geven waar, uitgaande van een gegeven norm, extra werkruimte voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers be-

staat. De keuze van de norm is een beleidsbeslissing. De wijze waarop de mankracht in de eerstelijns wordt uitgebreid vormt eveneens een keuze. Ten slotte is het ook een kwestie van voorkeur of men de totstandkoming van georganiseerde samenwerkingsverbanden bijvoorbeeld in de vorm van gezondheidscentra stimuleert of niet.

Bij het uiteindelijk formuleren van de verschillende keuzen spelen talrijke mensen, organisaties, belangengroepen en bestuurslichamen een rol. Het komt de gezondheidszorg als onderdeel van het gehele maatschappelijke bestel ten goede wanneer het duidelijk is op grond van welke overwegingen voor een bepaald alternatief wordt gekozen. Het getuigt dan ook van werkelijkheidszin wanneer de Nieuwe Blauwdruk met de volgende conclusie eindigt:

Tegenover elke moeilijkheid welke gesignaleerd wordt, kan een ander er nog twee noemen. Door de verantwoordelijkheid niet bij de direct belanghebbende te leggen wordt een mogelijkheid voor het zoeken naar redelijke oplossingen gecreëerd.

Een lijst van de geraadpleegde literatuur is bij de auteurs verkrijgbaar, Gezondheidscentrum Ommoord, Briandplaats, Rotterdam-3014.

Summary. The extent of primary health care facilities. A volumetric study in the Rhine mouth area. In the discussion of the structure and substance of primary health care, there is a need for detailed data on the availability and distribution of the various types of care. In order to obtain such information, a careful survey was made in the Rhine mouth area (a largely urbanized industrial area with a population of at least one million) of the number and distribution of: general practitioners, district nurses, general social workers, physiotherapists and midwives. It was found possible to obtain reliable detailed information on each of these types of care, with the exception of physiotherapy. When related to the official standards, the findings indicate a number of gaps in primary health care in the Rhine mouth area. Partly on the basis of these results, a practice-establishment strategy can be carried out.

De psycholoog in de eerste lijn

Het Nederlands Instituut van Psychologen hield 3 juni 1977 zijn voorjaars ledenconferentie. Onderwerp: „De psycholoog in de eerste lijn”; verslaggever H. A. Nolet.

Enige inleiders boden stellingen aan over onderwerpen zoals: opleiding, samenwerkingsmodellen, financiering, takenpakket en de vraag: „Wat beoogt de psycholoog-hulpverlener in de eerste lijn?” Deze stellingen maakten het de congressanten gemakkelijker om in groepen over het onderwerp van hun keus met elkaar van gedachten te wisselen. Vooral voor het

laatstgenoemde onderwerp was veel belangstelling.

Het antwoord op die vraag is uiteraard eenvoudig en luidt: hulpverleners. Maar hoe en aan wie? Zoals bekend is het aanbod aan psychosociale klachten groot. Op zichzelf reden dat de hulpverlener moet uitgaan van het hier en nu. Hij dient zich meer te richten op het verwerven van inzicht in en het in beweging brengen van vastgelopen relaties dan dat hij zich toelegt op het cureren van een individu. Dat wil zeggen dat hij slagvaardig moet zijn en bereid ook op ongelegen momenten in te springen.

Fundamenteel is de vraag of de psycholoog überhaupt hulp moet verlenen in de eerste lijn. Welke patiënten/cliënten moet hij helpen? Het is duidelijk dat vele men-

sen met psychosociale klachten niet door professionele deskundigen moeten worden geholpen, omdat enerzijds hun onlustgevoelens een normale reactie zijn op voorbijgaande problemen en anderzijds op onoplosbare problemen. In ongericht hulpverleners schuilt het gevaar dat nieuwe vragen om hulp worden geïnduceerd die nog grotere afhankelijkheid van deskundige hulpverleners veroorzaken. Welke mensen moeten dan wèl professioneel worden geholpen? En wie selecteert hen en op welke gronden? Naar de mening van velen is het deze vraag die de poort naar de eerste lijn opent voor de psycholoog. Hij kan met zijn specifieke deskundigheid helpen deze vragen te beantwoorden om daarna te bezien wat ons verder te doen staat.