



STUDIES NAAR SAMENWERKING I

kontakten tussen huisartsen in
samenwerkingsverbanden en
de tweede lijn

onderzoek in het kader van het projekt
"registratie samenwerkingsverbanden"
uitgevoerd van januari tot juli 1980

oktober 1981
w.g.w. boerma

interviews: h.c. van dijk

| <u>I N H O U D</u> | <u>Blz.</u> |
|--|-------------|
| 1. INLEIDING | 3 |
| 2. SAMENVATTING | 7 |
| 3. DOEL EN OPZET VAN DIT ONDERZOEK | 11 |
| 3.1. Doel van het onderzoek | 11 |
| 3.2. Werkwijze en beperkingen | 12 |
| 4. VASTE WERKKONTAKTEN MET MEDISCH SPECIALISTEN | 15 |
| 4.1. Plaatselijke nascholingskontakten | 17 |
| 4.2. Gevalsbesprekingen | 24 |
| 4.3. Diagnostiekbijeenkomsten | 26 |
| 4.4. Algemeen medische bijeenkomsten | 28 |
| 4.5. Overige kontakten | 29 |
| 4.6. De deelname aan de diverse activiteiten samen | 30 |
| 4.7. Samenvatting | 32 |
| 5. TELEFONISCHE KONSULTATIE | 35 |
| 6. GEBRUIK VAN ZIEKENHUISVOORZIENINGEN | 35 |
| 6.1. Röntgenfaciliteiten | 37 |
| 6.2. Laboratoriumonderzoek | 39 |
| 6.3. Elektrocardiogrammen | 43 |
| 6.4. Gebruik van overige ziekenhuisvoorzieningen | 43 |
| 6.5. Gebruik van diverse ziekenhuisvoorzieningen tesamen | 44 |
| 6.6. Samenvatting | 47 |
| 7. BEZOEK AAN OPGENOMEN PATIENTEN | 49 |
| 8. GESTANDAARDISEERDE VERWIJSBRIEVEN | 53 |
| 9. VASTE WERKKONTAKTEN MET HULPVERLENERS IN DE (AMBULANTE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | 55 |
| 9.1. Het voorkomen van de diverse werkkontakten | 57 |
| 9.2. Patiëntenbesprekingen | 61 |
| 9.3. Konsultatie | 64 |
| 9.4. Training en scholing | 66 |
| 9.5. Overige kontakten | 66 |
| 9.6. Deelname aan de diverse vaste werkkontakten samen | 67 |
| 9.7. Teams met een psycholoog | 69 |
| 9.8. Samenvatting | |
| 10. KONTAKTEN MET DE (A)GGZ IN VERBAND MET VERWIJZINGEN | 71 |
| 11. BEZOEK AAN OPGENOMEN PATIENTEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN | 75 |
| 12. DISKUSSIE | 77 |
| LITERATUUR | 79 |

BIJLAGE 1: ENKELE KERNCIJFERS BETREFFENDE GROEPSPRAKTIJKEN EN
GEZONDHEIDSCENTRA

BIJLAGE 2: VOORBEELD VAN EEN GESTANDAARDISEERDE VERWIJSBRIEF

BIJLAGE 3: VERKLARING VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEKNOPT
TYPERING VAN DE MEEST VOORKOMENDE INSTELLINGEN OP
HET GEBIED VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

1. INLEIDING

Sedert het verschijnen van de Struktuurnota in 1974 wordt er gewerkt aan een betere afstemming tussen de verschillende delen van de gezondheidszorg. Ontwikkelingen binnen de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg hadden teveel los van elkaar plaats gevonden, waardoor deze sectoren langs elkaar heen gingen werken. De doelmatigheid werd daardoor aangetast. Bovendien kwam de continuïteit van de zorg voor de patiënt in gevaar door gebrek aan kommunikatie en bekendheid met elkaars werkterrein. De behoefte te komen tot een beter geïntegreerd systeem van gezondheidszorg kwam ook voort uit de sterk gestegen kosten.

Beleidsombuigingen die vanaf 1974 werden ingezet zijn onder meer gericht op een versterking van de eerste lijn en een beperking van de intramurale zorg, die vooral erg duur geworden is.

De herwaardering van de eerstelijnsfunctie wordt echter niet alleen ingegeven door budgettaire overwegingen. De Melker noemt 3 factoren van niet-ekonomische aard. (De Melker, 1979). Op de eerste plaats blijken veel klachten vandaag de dag samen te hangen met de levenswijze; zorgverlening kan dan ook het best aansluiten bij de leefwereld van de hulpvrager. Ten tweede dient het individu zo min mogelijk afhankelijk gemaakt te worden van de gezondheidszorg. Het derde motief is de wederkerigheid in de relatie huisarts-specialist; voor een optimaal gebruik van de tweedelijnszorg is een doelmatige eerste lijn van belang.

Versterking van het eerste echelon betekent niet verzwakking van de intramurale zorg. Wel zal er een aksentverschuiving plaatsvinden: in plaats van zelf als regel de behandeling over te nemen zal de deskundigheid van tweedelijns werkers meer aangewend moeten worden ten behoeve van de eerstelijnszorg. In plaats van kuratief gaat de tweede lijn meer konsultatief opereren. Voor een huisarts betekent dat bijvoorbeeld dat hij intensiever gebruik gaat maken van de diensten van de specialist. Goede onderlinge relaties zijn daarvoor een belangrijke voorwaarde. Daaraan ontbreekt het nog vaak. De Melker signaleert in een ander artikel een aantal knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten (De Melker, 1974). Ze hebben een verschillende benadering; de huisarts stelt zich meer ten doel gezondheid te handhaven terwijl specialisten zich primair richten op het genezen van ziekten.

Ook is er gebrek aan kennis en informatie met betrekking tot elkaars deskundigheid. Tenslotte is de communicatie gebrekkig: huisartsen en specialisten betrekken elkaar te weinig bij de behandeling (De Melker, 1974). Terwille van de continuïteit in de zorg zou er meer sprake moeten zijn van een gemeenschappelijk actieplan, waarbij inschakeling van de specialist niet als vanzelf ook tot een verwijzing leidt. De huisarts dient de coördinatie van de zorg en zo mogelijk ook de behandeling uit te voeren. Daarbij kan hij gebruik maken van de tweede lijn, waartoe ook de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis (laboratorium en röntgen) gerekend moeten worden.

Wat voor de somatische gezondheidszorg geldt, is ook van toepassing op de relatie met de Geestelijke Gezondheidszorg. Ook daarmee is de afstemming onvoldoende, temeer daar de toegankelijkheid tot de tweedelijnsvoorzieningen in de GGZ veel minder gereguleerd zijn dan in de somatische gezondheidszorg. Momenteel wordt gewerkt aan een integratie op regionaal nivo van voorzieningen in de GGZ, door oprichting van R.I.A.G.G.'s^{*)} en R.I.G.G.'s^{*)}. Geestelijke gezondheidszorg is echter geen exclusieve tweedelijnsfunctie. Ook hiervoor wordt gestreefd naar versterking van de eerste lijn. Van Londen en Bangma pleiten voor betere contacten tussen huisartsen en AGGZ instellingen zodat ze beter elkaars mogelijkheden leren kennen. Zo zou er, voordat een instelling met de behandeling begint, overleg moeten plaatsvinden met de eerste lijn over het behandelplan. Daarnaast moet het onder meer door de consultatiemethode mogelijk worden dat in de eerste lijn aan veel hulpvragers een toegesneden behandeling wordt geboden (van Londen en Bangma, 1981).

Resumerend kunnen we zeggen dat de gewenste versterking van het eerste echelon een goede relatie met de werkers in het tweede echelon vereist. Gunstige voorwaarde daarvoor is als ze elkaar regelmatig en zo mogelijk in een gestructureerd verband treffen. Daarbij kan het gaan om contacten tussen twee hulpverleners of tussen meerdere, en om contacten die een individuele patiënt betreffen (zoals bij consultatie) of die een meer algemeen karakter hebben (bijvoorbeeld nascholing). Deze studie is ge-

*) R.I.A.G.G.: Regionale instelling voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg.
R.I.G.G. : Regionale instelling voor de geestelijke gezondheidszorg.

richt op de min of meer vaste werkkontakten tussen met name huisartsen en hulpverleners in de tweede lijn van de somatische en geestelijke gezondheidszorg.

Na de samenvatting behandelen we in het derde hoofdstuk het doel en de opzet van dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 gaat over de vaste werkkontakten met specialisten in ziekenhuizen, zoals door nascholing, gevalbesprekingen, diagnostiekbijeenkomsten en algemeen medische besprekingen.

In het vijfde hoofdstuk besteden we aandacht aan het telefonisch raadplegen van de specialist in het ziekenhuis.

Het gebruik van diverse ziekenhuisvoorzieningen, zoals röntgenkamer en ziekenhuislaboratorium, behandelen we in hoofdstuk 6.

In hoofdstuk 7 komt het bezoek aan opgenomen patiënten in algemene ziekenhuizen aan de orde, en in hoofdstuk 8 het gebruik van gestandaardiseerde verwijsbrieven.

Met hoofdstuk 9 stappen we over van de somatische naar de geestelijke gezondheidszorg. In dat hoofdstuk gaat het over werkkontakten met GGZ-hulpverleners: patiëntenbesprekingen, consultatie, training en scholing e.d.

Ter vergelijking geeft hoofdstuk 10 een indruk van de diversiteit in het aantal instellingen waar naar verwezen wordt.

Bezoek aan opgenomen psychiatrische patiënten is het onderwerp van het op één na laatste hoofdstuk 11.

In hoofdstuk 12 volgt tenslotte de discussie.

Dan zijn er nog 3 bijlagen met achtereenvolgens enkele kerncijfers met betrekking tot gezondheidscentra en groepspraktijken, een voorbeeld van een standaard-verwijsbrief en een overzicht van AGGZ-instellingen.

2. SAMENVATTING

Dit onderzoek inventariseert diverse geregelde, niet-incidentele werkkontakten van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met hulpverleners in de tweede lijn. Die laatste categorie omvat de medisch specialisten en de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Geregelde werkkontakten kunnen er zijn door plaatselijke nascholing, trainingen, gevals- en patiëntenbesprekingen, diagnostiekbijeenkomsten en (al of niet telefonische) consultatie. Ook hebben we gekeken naar enkele factoren die geschikte omstandigheden kunnen bieden voor regelmatig overleg met de tweede lijn: het gebruik van diagnostische faciliteiten van ziekenhuizen en het bezoek aan opgenomen patiënten.

Bijna alle samenwerkingsverbanden hebben vaste werkkontakten met de tweede lijn. Meest voorkomende partner daarbij is de medisch specialist. Zo heeft meer dan driekwart contact door nascholingsbijeenkomsten, die in het algemeen regelmatig tot vaak bezocht worden door één of meer artsen van het samenwerkingsverband. Naarmate de nascholing frekwenter gegeven wordt nemen huisartsen er minder frekwent aan deel. Huisartsen in grote steden die door de aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen een groot nascholingsaanbod hebben, gaan bij deelname selektief te werk; zij bezoeken voor de nascholing geen groter aantal ziekenhuizen dan kollega's in minder verstedelijkte gebieden.

Bijna een derde van de samenwerkingsverbanden heeft gevalsbesprekingen met medisch specialisten. Deze bijeenkomsten worden in het algemeen trouw bezocht en dikwijls ook door meerdere artsen van het team. Diagnostiekbijeenkomsten, het gezamenlijk met een specialist beoordelen van bijvoorbeeld röntgenfoto's of cardiogrammen, komen niet zoveel voor. Slechts 10% van de groepspraktijken en gezondheidscentra maakt er melding van. Ze worden niet altijd in een ziekenhuis gehouden, maar ook wel in de praktijk. Mede daardoor is de deelname doorgaans erg goed.

Andere, minder vaak voorkomende gelegenheden waarbij huisarts en specialist elkaar in geregeld verband kunnen treffen, zijn discussiebijeenkomsten tijdens welke van gedachten gewisseld wordt over actuele medische vraagstukken, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, gelezen vakliteratuur e.d., en verder periodieke bijeenkomsten ter evaluatie van de samenwerking en het informeel samen zijn waarvoor op diverse plaatsen gelegenheid is na afloop van het bezoek aan opgenomen patiënten.

Huisartsen die verder van ziekenhuizen afzitten, nemen in het algemeen minder vaak deel aan de diverse activiteiten met specialisten.

In de meeste samenwerkingsverbanden raadplegen huisartsen regelmatig specialisten in ziekenhuizen. Huisartsen met veel geregelde werkkontakten doen dat wat vaker dan andere kollega's.

Een meer indirecte relatie met de tweede lijn vormt het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Aanvragen voor röntgendiagnostiek komen vrijwel algemeen voor. Ruim driekwart van de samenwerkingsverbanden laat ook laboratoriumonderzoek in het ziekenhuis doen. Naarmate de afstand tot het ziekenhuis groter is wordt vaker van andere dan ziekenhuislaboratoria gebruik gemaakt. Faciliteiten voor E.C.G., echografieën, E.E.G. en de verloskamer worden in veel mindere mate benut.

Ook t.a.v. het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen gaan huisartsen in grote steden selektief te werk: ze gebruiken deze in een niet groter aantal ziekenhuizen dan hun kollega's elders.

In bijna alle samenwerkingsverbanden bezoekt men opgenomen patiënten, zij het dat de frekwentie verschilt. Huisartsen in gezondheidscentra bezoeken patiënten vaker dan kollega's in groepspraktijken. Voor een deel wordt dit verklaard door een verschil in afstand tot de ziekenhuizen. Hoe groter die afstand namelijk is, des te geringer is de bezoekfrekwentie.

Huisartsen met veel vaste werkkontakten met specialisten bezoeken hun opgenomen patiënten vaker dan huisartsen met minder van dergelijke kontakten.

Regelmatige werkkontakten met de Geestelijke Gezondheidszorg zijn schaarser dan met de somatische gezondheidszorg. Hoewel vanuit bijna alle samenwerkingsverbanden patiënten naar de GGZ verwezen worden, heeft maar de helft daar geregelde werkkontakten mee; gezondheidscentra wat meer dan groepspraktijken. De meest voorkomende vorm is de patiëntenbespreking, die we aantreffen bij een kwart van de groepspraktijken en ruim een derde van de gezondheidscentra. De Sociaal Psychiatrische Dienst en in mindere mate het GGZ-buro zijn hierbij de belangrijkste partners. In gezondheidscentra nemen meestal behalve de huisarts(en) ook de wijkverpleegkundige(n) en de maatschappelijk werkende(n) aan dit overleg deel.

Veertien gezondheidscentra en 6 groepspraktijken doen aan consultatie, ook hier weer hoofdzakelijk met SPD en GGZ-buro. Consultatie is doorgaans een maandelijkse activiteit. In gezondheidscentra zijn hierbij nogal eens meerdere disciplines aanwezig.

Bijeenkomsten voor training en scholing (vaak gebonden in een psychiatrisch ziekenhuis), werkoverleg, evaluatie van samenwerking, een gezamenlijk project e.d. zijn andere, minder voorkomende activiteiten met hulpverleners in de GGZ.

Huisartsen in de grote steden, met een groter en diverser aanbod van voorzieningen hebben niet meer frequente vaste kontakten met de GGZ dan huisartsen op het (verstedelijkte) platteland.

Een grotere deelname aan de diverse activiteiten met medisch specialisten (b.v. nascholing, diagnostiekbijeenkomsten) hangt niet samen met een grote deelname aan GGZ-kontakten.

De aanwezigheid van een psycholoog in het team gaat samen met een geringer aantal werkkontakten met de GGZ-instellingen.

In de meeste samenwerkingsverbanden wordt naar de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg verwezen. Belangrijkste extramurale (ambulante) instelling is de eerder genoemde Sociaal Psychiatrische Dienst. Ook veel genoemd werden het Consultatieburo voor Alcohol en Drugs en het Medisch Opvoedkundig Buro.

Patiënten in psychiatrische ziekenhuizen worden lang niet altijd door hun huisarts bezocht. Ruim de helft van de groepspraktijken en een derde van de gezondheidscentra doet er niet aan.

Regelmatig bezoek komt weinig voor. De afstand tot deze instellingen speelt daarbij een rol: hoe groter die is des te geringer is de kans op patiëntenbezoek door de huisarts.

3. DOEL EN OPZET VAN DIT ONDERZOEK

3.1. Doel van het onderzoek

In deze studie willen we inventariseren welke min of meer vaste vormen van werkkontakt er bestaan tussen huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra en hulpverleners in de tweede lijn van de somatische en geestelijke gezondheidszorg, alsmede wat de intensiteit van die contacten is.

Onder vaste werkkontakten verstaan we de niet-incidentele contacten welke met een zekere regelmaat en/of in een georganiseerd verband plaatsvinden in het werkgebied van het betreffende samenwerkingsverband.

De intensiteit ervan kan variëren van face-to-face contacten tot contacten door groepsbijeenkomsten.

Het gaat dus om de geregelde, meer duurzame werkkontakten met hulpverleners van de tweede lijn in het eigen werkgebied, waar in principe naar verwezen kan worden. Landelijk georganiseerde nascholingsbijeenkomsten blijven om die reden buiten dit onderzoek.

Omdat dat ook mogelijkheden biedt tot contact met medisch specialisten, hebben we ook gekeken naar het gebruik dat de huisartsen maken van bepaalde ziekenhuisvoorzieningen, van gestandaardiseerde verwijsbrieven en de bezoekfrequentie aan opgenomen patiënten.

In de werkrelatie met personen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg, hebben we naast de vaste werkkontakten ook gegevens verzameld over contacten met de betreffende hulpverleners bij aanvang en bij beëindiging van een behandeling. (We hebben dit niet gevraagd voor somatische verwijzingen, aangezien daarbij meestal, hoe summier ook, sprake is van contact).

Tenslotte hebben we vragen gesteld over de bezoekfrequentie van de huisartsen aan hun opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Dit onderzoek is voornamelijk beschrijvend van aard. Het roept wellicht meer vragen op dan het beantwoordt. Met name zou het interessant zijn een vergelijking te maken van huisartsen in samenwerkingsverbanden met solisten. Dat voerde te ver in het kader van deze studie. Waar mogelijk vergelijken we wel de groepspraktijken met de gezondheidscentra.

3.2. Werkwijze en beperkingen

De gegevens zijn verzameld middels telefonische interviews met een kontaktpersoon (meestal een huisarts) in de samenwerkingsverbanden. In de meeste gevallen is dit een vaste informant, met wie wij elk half jaar in het kader van dit registratieproject een gesprek hebben. De vragen werden tevoren aan de informanten toegestuurd, zodat niet bekende gegevens bij kollega's konden worden nagevraagd.

Als eenheid van analyse hanteren we het samenwerkingsverband. Dat betekent dat we het materiaal per groepspraktijk of gezondheidscentrum geordend hebben, ongeacht het aantal huisartsen dat er werkt.

De deelname aan de verschillende werkkontakten hebben we per soort getotaliseerd. Nemen we nascholing als voorbeeld, dan is het mogelijk dat er nascholingsbijeenkomsten worden bezocht in 3 verschillende ziekenhuizen. In een dergelijk geval hebben we de deelnamefrequentie aan deze 3 kontakten bij elkaar geteld; uiteraard wel met de aantekening dat die nascholing in 3 ziekenhuizen plaatsvindt. We hebben dit gedaan omdat het nogal eens voorkomt dat verschillende ziekenhuizen in een bepaalde plaats de nascholing gezamenlijk organiseren. De bijeenkomsten vinden dan afwisselend in de diverse ziekenhuizen plaats, terwijl er maar één organisatie is.

Hoewel het interessant zou zijn om ook per werkkontakt te weten met welk medisch specialisme het onderhouden wordt, hebben we hier van afgezien. De meeste kontakten heeft men met diverse specialismen afwisselend. Het was met de gebruikte methode niet mogelijk per specialisme per soort kontakt betrouwbare informatie te krijgen. Voor de geestelijke gezondheidszorg bleek het wèl mogelijk aan te geven met welk soort instelling het kontakt bestond.

Werkrelaties met specialisten in kategoriale ziekenhuizen en verpleegthuizen blijven in dit onderzoek om praktische reden buiten beschouwing. Onderwerp van studie is het werkkontakt met medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen, en met hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. We hebben de academische ziekenhuizen niet als aparte categorie genomen omdat het aantal werkkontakten daarmee naar verhouding klein is en omdat ze zich daarin niet duidelijk van de algemene ziekenhuizen onderscheiden.

Hoe vast is een "vast werkkontakt". We onderscheiden ze van de incidentele kontakten door de continuïteit. Deze continuïteit is er door een regulier verband waarin het kontakt plaatsvindt of door een min of meer duurzame afspraak. Een cyklus van 6 tweemaandelijke of 10 maandelijke bijeenkomsten hebben wij een vast werkkontakt genoemd, ondanks de tijdelijkheid.

Veel werkkontakten wil nog niet zeggen dat een bepaalde kwaliteit van samenwerking gewaarborgd is. Wel kunnen die kontakten daar een gunstige voorwaarde voor zijn. Hoe het met die voorwaarden gesteld is in groepspraktijken en gezondheidscentra is onderwerp van dit rapport.

4. VASTE WERKKONTAKTEN MET MEDISCH SPECIALISTEN

Belangrijke werkkontakten tussen huisartsen en specialisten vinden plaats bij de verwijzing van individuele patiënten. Daarnaast echter zijn er nog een aantal mogelijkheden van werkkontakt zonder dat er direkt sprake is van een verwijzing, of soms zelfs van een konkrete patiënt of geval. In deze werkrelaties, die dikwijls in een georganiseerd verband en met een zekere regelmaat plaatsvinden zijn wij hier geïnteresseerd. In dit hoofdstuk behandelen we achtereenvolgens de nascholingskontakten, gevalsbesprekingen, diagnostiekbijeenkomsten, algemeen medische bijeenkomsten en overige werkrelaties. Ook geven we een indruk van de frekwentie waarmee medische specialisten telefonisch geraadpleegd worden. Per categorie kijken we naar twee kenmerken van dat werkkontakt, n.l. in hoeveel verschillende ziekenhuizen het plaatsvindt en de frekwentie waarmee er gelegenheid is voor dat soort kontakt. Die gelegenheid hoeft niet altijd benut te worden door alle huisartsen van een samenwerkingsverband. Daarom kijken we ook naar de frekwentie waarmee men in een kontakt participeert en of alle artsen er dan heen gaan of slechts een deel. Vóór we ingaan op de genoemde categorieën staan we eerst even stil bij de totaalcijfers van de verschillende vormen van werkkontakt, het aantal ziekenhuizen waarin artsen de diverse bijeenkomsten bijwonen en de gemiddelde afstand tot die ziekenhuizen.

Tabel 4.1.: Vormen van vaste werkkontakten met medische specialisten en frekwentie van voorkomen in groepspraktijken en gezondheidscentra.

| Soort kontakt | Groepspraktijk *) | | Gezondheidscentra **) | | Totaal | |
|-------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----|--------|----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| Nascholing | 59 | 88 | 72 | 84 | 131 | 86 |
| Gevalsbespreking | 20 | 30 | 26 | 30 | 46 | 30 |
| Diagnostiekbijeenkomst | 8 | 12 | 8 | 9 | 16 | 10 |
| Algemeen medische bijeenkomst | 4 | 6 | 9 | 10 | 13 | 8 |
| Overige | 1 | 1 | 6 | 7 | 7 | 5 |
| Geen kontakten | 3 | 4 | 6 | 7 | 9 | 6 |

*) Groepspraktijken: N = 67

**) Gezondheidscentra: N = 86

Nascholing blijkt verreweg het meest voorkomende beroepsmatige contact te zijn met medische specialisten. In 86% van de samenwerkingsverbanden is er langs deze weg contact met medische specialisten. Op de tweede plaats komen de gevalbesprekingen met 30%. Diagnostiek-, algemeen medische-, en overige bijeenkomsten komen veel minder vaak voor. 3 groepspraktijken en 6 gezondheidscentra nemen aan geen van deze activiteiten deel.

Veel huisartsen hebben met betrekking tot het verwijzen van patiënten met meer dan één ziekenhuis te maken, vooral in de grote steden ontstaat daarvoor weleens een onoverzichtelijke situatie. Dat geldt ook voor de werkrelaties waar we het hier over hebben.

Tabel 4.2.: Aantal verschillende ziekenhuizen waarmee per samenwerkingsverband diverse werkkontakten bestaan.

| Aantal ziekenhuizen | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 24 | 38 | 34 | 43 | 58 | 40 |
| 2 | 23 | 36 | 30 | 38 | 53 | 37 |
| 3 | 10 | 16 | 8 | 10 | 18 | 13 |
| 4 | 3 | 5 | 6 | 8 | 9 | 6 |
| 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| 6 | 3 | 5 | - | - | 3 | 2 |
| Totaal | 64*) | 100 | 80 | 100 | 144 | 100 |

*) Telt men hier de 3 groepspraktijken bij die geen vaste werkkontakten hebben, dan komt men tot een totaal van 67 in plaats van 68. Het verschil zit in één groepspraktijk die niet aan de enquête heeft deelgenomen.

In 60% van de samenwerkingsverbanden heeft men met meer dan één ziekenhuis te maken. In ruim driekwart van de gevallen gaat het om 1 of 2 ziekenhuizen. Slechts 10% heeft kontakten in meer dan 3 ziekenhuizen. De cijfers vertonen voor de groepspraktijken en de gezondheidscentra een ongeveer gelijk beeld.

Verderop zullen we zien of het aantal ziekenhuizen van invloed is op het bezoek aan de bijeenkomsten daar.

Tabel 4.3.: Gemiddelde afstand tot de verschillende ziekenhuizen waarmee per samenwerkingsverband werkkontakten bestaan.

| Gemiddelde afstand | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| ≤ 5 km | 34 | 53 | 58 | 73 | 92 | 64 |
| 6-10 km | 14 | 22 | 14 | 18 | 28 | 19 |
| 11-15 km | 9 | 14 | 1 | 1 | 10 | 7 |
| > 15 km | 7 | 11 | 7 | 9 | 14 | 10 |
| Totaal | 64 | 100 | 80 | 100 | 144 | 100 |

De gezondheidscentra in de zuidelijke IJsselmeerpolders zitten momenteel nog erg ver van de verschillende ziekenhuizen, gemiddeld boven de 20 km. Binnenkort, als het ziekenhuis in Lelystad klaar is, komt in deze situatie verandering. Als we hierop alvast vooruitlopen dan kunnen we vaststellen dat huisartsen in groepspraktijken in het algemeen verder moeten reizen voor de genoemde werkkontakten dan hun kollega's in gezondheidscentra. Dit hangt waarschijnlijk samen met het reeds gemelde gegeven dat gezondheidscentra zich vaker in de meer verstedelijkte gebieden bevinden, waar de medische voorzieningen zijn, dan groepspraktijken. Voor 73% van de gezondheidscentra zijn de te bezoeken ziekenhuizen ter plaatse, of binnen een afstand van 5 kilometer. Bij de groepspraktijken ligt dat percentage beduidend lager: 53%.

Verderop in dit hoofdstuk zullen we vaststellen of er een verband bestaat tussen deze gemiddelde afstand en het bezoek aan de diverse activiteiten.

4.1. Plaatselijke nascholingskontakten

Eerst geven we een begripsomschrijving; daarna volgen de cijfers. Aangezien we hier geïnteresseerd zijn in de werkrelaties tussen huisartsen en specialisten in ziekenhuizen waar doorgaans patiënten naar verwezen worden, blijven andere dan plaatselijke (of regionale) nascholingsactiviteiten buiten deze beschouwing. Huisartsen die in dit

overzicht geen nascholingskontakten blijken te hebben, kunnen heel goed wel deelnemen aan andere (landelijk georganiseerde) kursussen.

Nascholing, zoals hier bedoeld, is een verzamelbegrip voor activiteiten als klinische lessen, demonstraties, bed-side teaching en besprekingen rond een medisch thema, die meestal in ziekenhuizen plaatsvinden. De vorm van de bijeenkomsten hoeft niet altijd hetzelfde te zijn: soms heeft het het karakter van een kollege, waarbij de inbreng van de huisartsen minimaal is, soms ook wordt er gewerkt aan de hand van praktijkgevallen van de huisarts waar de specialist op ingaat. In een aantal ziekenhuizen hebben de deelnemende huisartsen nu en dan de gelegenheid zelf het onderwerp voor een nascholingsbijeenkomst vast te stellen. Hoewel er in de regel slechts één specialisme per keer aan de orde is, komt het ook wel voor (bijvoorbeeld bij themabijeenkomsten) dat er verschillende specialisten aanwezig zijn.

Vanuit een centrum of groepspraktijk is het niet altijd mogelijk dat alle artsen bij alle kursussen aanwezig zijn. Vaak zal er tenminste één moeten achterblijven om voor de anderen waar te nemen. Ook hangt deelname af van het onderwerp dat op het programma staat. Huisartsen hebben soms een specifieke belangstelling; soms is er binnen een team een soort rolverdeling of specialisatie ontstaan met betrekking tot bepaalde gebieden. In een aantal gevallen werd melding gemaakt van een verslag van de nascholing voor de achterblijvers van het team.

Na afloop van een nascholingsmiddag is er nogal eens gelegenheid de betreffende specialist(en) te konsulteren; soms mondt het ook uit in een informeel samenzijn. De meeste nascholingsactiviteiten zijn er van september tot mei, soms ook alleen in de wintermaanden.

We zullen nu achtereenvolgens nagaan met hoeveel ziekenhuizen men per samenwerkingsverband nascholingskontakt heeft, hoe vaak de nascholing gegeven wordt en hoe vaak men daar heen gaat en wie er gaan.

Tabel 4.4.: Aantal ziekenhuizen waarmee men per samenwerkingsverband nascholingscontact heeft.

| Aantal ziekenhuizen | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 31 | 53 | 32 | 44 | 63 | 48 |
| 2 | 18 | 31 | 25 | 35 | 43 | 33 |
| 3 of meer | 10 | 17 | 13 | 18 | 23 | 18 |
| onbekend | - | - | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Totaal | 59 | 100 | 72 | 100 | 131 | 100 |

Bijna de helft van deze bijeenkomsten volgt men in één ziekenhuis; bij groepspraktijken is dat iets vaker het geval dan bij gezondheidscentra. Dit komt wellicht doordat gezondheidscentra wat meer in grotere bevolkingscentra te vinden zijn, waar ook vaker een concentratie van ziekenhuizen is.

In 18% van de samenwerkingsverbanden gaat men afwisselend naar meer dan 2 ziekenhuizen. In één gezondheidscentrum zijn dat er zelfs 5.

Tabel 4.5.: Frekwentie van nascholingsbijeenkomsten.

| Frekwentie | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1x per maand of minder | 18 | 31 | 19 | 26 | 37 | 28 |
| 2-3x per maand | 22 | 37 | 19 | 26 | 41 | 31 |
| 1x per week | 14 | 24 | 25 | 35 | 39 | 30 |
| vaker dan 1x per week | 5 | 8 | 9 | 13 | 14 | 11 |
| Totaal | 59 | 100 | 72 | 100 | 131 | 100 |

In 11% van de gevallen zijn de bijeenkomsten vaker dan 1 maal per week. Dit is meestal het geval als wordt deelgenomen aan nascholing in diverse ziekenhuizen die daarvoor geen gekoördineerd programma hebben. Het komt

weinig voor dat nascholingsbijeenkomsten minder dan eens per maand gegeven wordt. Slechts bij 6 van de in de totaal-tabel genoemde 37 samenwerkingsverbanden is er sprake van een lagere frekwentie.

Tabel 4.6.: Deelname aan nascholingsbijeenkomsten.

| Frekwentie | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| vaak/in de regel | 35 | 59 | 42 | 58 | 77 | 59 |
| 25-50% | 17 | 29 | 21 | 29 | 38 | 29 |
| nu + dan | 7 | 12 | 9 | 13 | 16 | 12 |
| Totaal | 59 | 100 | 72 | 100 | 131 | 100 |

Deze tabel maakt duidelijk dat, indien nascholing gevolgd wordt, dit vaak ook wel trouw gebeurt. Immers 59% van de samenwerkingsverbanden zorgt dat er tenminste één arts bij aanwezig is. Bijna 30% laat nog wel eens verstek gaan, en 12% van de teams is er slechts incidenteel bij. Groepspraktijken en gezondheidscentra verschillen in dit opzicht niet van elkaar.

Tabel 4.7.: Deelnemers aan nascholingsbijeenkomsten.

| Deelnemers | Groepspraktijk | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--------------------|----------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| alle artsen | 18 | 31 | 29 | 40 | 47 | 36 |
| deel van de artsen | 27 | 46 | 28 | 39 | 55 | 42 |
| één van de artsen | 14 | 24 | 15 | 21 | 29 | 22 |
| Totaal | 59 | 100 | 72 | 100 | 131 | 100 |

In ongeveer 2/3 deel van de samenwerkingsverbanden gaan de artsen niet gezamenlijk naar de nascholing. Niettemin is het belangrijk dat de huisartsen in 31% van de groepspraktijken en 40% van de gezondheidscentra wel kans zien daar samen naar toe te gaan.

Als de artsen niet samen gaan, dan gaan ze over het algemeen bij toerbeurt. Het komt slechts bij 1 groepspraktijk en 4 gezondheidscentra voor dat steeds dezelfde arts naar de nascholing gaat. In 2 groepspraktijken en 1 gezondheidscentrum is het steeds hetzelfde deel dat gaat (respectievelijk thuis blijft).

In tabel 4.4 zagen we in hoeveel ziekenhuizen per samenwerkingsverband de nascholing wordt gevolgd, en dat de verschillen tussen groepspraktijken en gezondheidscentra gering zijn. We willen nu nagaan of er verband is tussen de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van het centrum of de groepspraktijk en het aantal ziekenhuizen waarmee men nascholingscontacten heeft. In de steden waar een groter aanbod is aan ziekenhuizen zouden huisartsen met meer ziekenhuizen dergelijke contacten kunnen hebben dan hun collega's in minder verstedelijkte gebieden.

Tabel 4.8.: Verband tussen urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van het samenwerkingsverband en het aantal ziekenhuizen waarin nascholingsbijeenkomsten worden gevolgd.

| aantal ziekenhuizen urbanisatie- graad | 1 | 2 | 3 | 4 of meer | Totaal |
|--|---------|---------|---------|--------------|----------|
| (verstedelijkt) platteland | 13 (41) | 10 (31) | 6 (19) | 3 (9) | 32 (100) |
| forensengemeenten en kleine steden | 32 (67) | 13 (27) | 1 (2) | 2 (4) | 48 (100) |
| grote en grootste steden | 18 (37) | 20 (41) | 5 (10) | 6 (12) | 49 (100) |
| Totaal | 63 (49) | 43 (33) | 12 (9) | 11 (9) | 129(100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages)

Huisartsen in grote steden hebben bijna even vaak nascholing in één ziekenhuis als kollega's op het (verstedelijkt) platteland. Kennelijk vindt er bij huisartsen in de grote stad een selectie plaats met betrekking tot het nascholingsaanbod. Huisartsen in forensengemeenten en kleine steden hebben overigens een nog duidelijker voorkeur dan eerder genoemden voor de nascholing in slechts één ziekenhuis. In de categorie met twee ziekenhuizen zijn de huisartsen in de grote steden het sterkst vertegenwoordigd. Resumerend kunnen we zeggen dat urbanisatiegraad weinig voorspelt omtrent het aantal ziekenhuizen waarin huisartsen nascholing volgen.

Factoren die samenhangen met deelname aan nascholingsbijeenkomsten

We hebben gezien over hoeveel ziekenhuizen nascholingsbijeenkomsten verspreid zijn, hoe vaak die bijeenkomsten gehouden worden en hoe de deelname is.

We zullen nu nagaan of er een verband bestaat tussen de frekwentie waarmee men aan de bijeenkomsten deelneemt en de frekwentie waarmee ze gehouden worden. Het ligt n.l. voor de hand te veronderstellen dat het bezoek aan wekelijkse bijeenkomsten minder frequent zal plaatsvinden dan het bezoek aan maandelijkse bijeenkomsten. Het zal niet altijd mogelijk zijn zich iedere week daarvoor vrij te maken.

(In tabellen 4.9 en 4.10 is het aantal gevallen 2 kleiner dan in de voorgaande tabel. We hebben hier 2 gevallen weggelaten waarin de nascholing niet altijd in de ziekenhuizen plaatsvindt, maar ook in een nabij gelegen polikliniek).

Tabel 4.9.: Verband frekwentie van nascholingsbijeenkomsten en de deelname daaraan.

| deelname frekwentie bijeenkomst | in de regel of vaak | 25-50% | nu en dan | Totaal |
|---------------------------------------|------------------------|---------|-----------|----------|
| 1x per maand of minder | 31 (84) | 3 (8) | 3 (8) | 37 (100) |
| 2-3x per maand | 21 (53) | 14 (35) | 5 (13) | 40 (100) |
| vaker dan 3x per maand | 23 (44) | 20 (38) | 9 (17) | 52 (100) |
| Totaal | 75 (58) | 37 (29) | 17 (13) | 129(100) |

(De rijpercentages zijn in de tabel tussen haakjes geplaatst).

Er blijkt een duidelijk verband te zijn tussen de frekwentie waarmee nascholingsbijeenkomsten worden gegeven en de intensiteit waarmee ze bezocht worden. Bij een frekwentie van éénmaal per maand of minder, treffen we 84% trouwe deelnemers aan. Is de frekwentie 2 tot 3 maal in de maand, dan is dat percentage 53, en bij een frekwentie van meer dan 3 maal in de maand doet nog maar 44% vaak mee. De kolom "nu en dan" geeft een omgekeerd beeld te zien. Naar de bijeenkomsten met de hoogste frekwentie gaat 17% nu en dan, en naar die met de laagste frekwentie gaat 8% nu en dan.

In het algemeen mogen we konkluderen dat het verzuim bij nascholing groter is naarmate de frekwentie van de bijeenkomsten toeneemt.

Bij een frekwentie van hoogstens éénmaal per maand is het percentage trouwe deelnemers het hoogst.

Behalve met de frekwentie van de bijeenkomsten, verwachten we ook dat de deelname samenhangt met het aantal ziekenhuizen waarin de nascholing gegeven wordt. Alle nascholingsactiviteiten gekoncentreerd in één ziekenhuis heeft het voordeel van de overzichtelijkheid. We vermoeden dan ook dat dat het bezoek aan de bijeenkomsten stimuleert.

Tabel 4.10.: Verband tussen het aantal ziekenhuizen waarin de nascholingsbijeenkomsten plaatsvinden en de deelname daaraan.

| aantal ziekenhuizen | deelname | | | |
|------------------------|------------------------|---------|-----------|----------|
| | in de regel of vaak | 25-50% | nu en dan | Totaal |
| 1 | 41 (65) | 14 (22) | 8 (13) | 63 (100) |
| 2 of meer | 34 (52) | 24 (36) | 8 (12) | 66 (100) |
| Totaal | 75 (58) | 38 (29) | 16 (12) | 129(100) |

(De tussen haakjes geplaatste getallen zijn rijpercentages).

Nascholingsbijeenkomsten die steeds in hetzelfde ziekenhuis plaatsvinden worden door een hoger percentage (65%) frekwent bezocht dan de bijeenkomsten die in meerdere ziekenhuizen worden gehouden (52%).

In de categorie van 25-50% ligt het verschil andersom. Er is dan ook hoogstens sprake van een licht verband.

4.2. Gevalsbesprekingen

Meer dan bij de activiteiten in de vorige paragraaf ligt het initiatief bij de gevalsbesprekingen bij de huisartsen. In de regel dragen de huisartsen een onderwerp of geval aan, waarover gesproken wordt. Hierdoor is er meer wisselwerking tussen huisartsen en specialisten. Gevals- of kassbesprekingen vinden ook wel plaats in de vorm van konsultatie-overleg. Soms ook heten ze patiëntenbespreking. Gevalsbesprekingen vinden lang niet altijd plaats in het ziekenhuis; ruim een derde van de bijeenkomsten in deze categorie vindt plaats op uitnodiging van een groepspraktijk of gezondheidscentrum, dan wel van een groep huisartsen ter plaatse, al of niet in PHV-verband. Zoals we ook bij de nascholing al zeiden, hebben deze activiteiten een gemengd karakter doordat ook algemeen medische zaken aan de orde komen, of onderwerpen van plaatselijk belang. En ook hier kan het samenzijn een informeel karakter krijgen.

Tabel 4.11.: Aantal ziekenhuizen waarmee men door gevalsbesprekingen kontakt heeft.

| Aantal ziekenhuizen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 8 | 40 | 18 | 69 | 26 | 57 |
| 2 | 8 | 40 | 6 | 23 | 14 | 30 |
| 3 of meer | 1 | 5 | 2 | 8 | 3 | 7 |
| onbekend | 3 | 15 | - | - | 3 | 7 |
| Totaal | 20 | 100 | 26 | 100 | 46 | 100 |

Omdat specialisten ook wel uitgenodigd worden in de eigen praktijk kan uit deze tabel niet afgeleid worden hoeveel ziekenhuizen men bezoekt voor deze besprekingen. Wel krijgen we een indruk uit hoeveel ziekenhuizen de specialisten afkomstig zijn waarmee gevalsbesprekingen gehouden worden. Bij gezondheidscentra is dat in meer dan 2/3 van de teams één ziekenhuis, bij de groepspraktijken slechts in 40%. Bij de laatstgenoemden is de categorie 2 ziekenhuizen naar verhouding weer sterker vertegenwoordigd.

Tabel 4.12.: Frekwentie van de gevalsbesprekingen.

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1x per maand of minder | 16 | 80 | 19 | 73 | 35 | 76 |
| 2-3x per maand | 2 | 10 | 4 | 15 | 6 | 13 |
| 1x per week | 2 | 10 | 1 | 4 | 3 | 7 |
| vaker dan 1x per week | - | - | 2 | 8 | 2 | 4 |
| Totaal | 20 | 100 | 26 | 100 | 46 | 100 |

Ongeveer driekwart van de gevalsbesprekingen vindt ten hoogste éénmaal per maand plaats. Daarin onderscheiden deze zich duidelijk van de nascholingsbijeenkomsten die voor ruim 70% vaker dan éénmaal per maand worden gehouden. Dit hangt wellicht samen met het feit dat gevalsbesprekingen vaker plaatsvinden met een betrekkelijk kleine groep huisartsen (soms alleen de artsen van de groepspraktijk of het team van het gezondheidscentrum).

Tabel 4.13.: Deelname aan gevalsbesprekingen

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| vaak/in de regel | 16 | 80 | 21 | 81 | 37 | 80 |
| 25-50% | 3 | 15 | 4 | 15 | 7 | 15 |
| nu en dan | 1 | 5 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| Totaal | 20 | 100 | 26 | 100 | 46 | 100 |

Mogen we uit deze cijfers vaststellen dat gevalsbesprekingen (ook omdat ze soms "aan huis" gehouden worden) een minder vrijblijvend karakter hebben dan nascholingsbijeenkomsten? Ze worden in elk geval vaker bijgewoond dan de nascholing. Misschien zijn de behandelde onderwerpen interessanter voor de deelnemers vanwege het feit dat ze over actuele gevallen uit de praktijk gaan. Daarnaast moeten we ook niet vergeten dat de bijeenkomsten niet zo vaak gehouden worden hetgeen een trouwe deelname vergemakkelijkt.

Tabel 4.14.: Deelnemers aan gevalbesprekingen

| Deelnemers | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| alle artsen | 10 | 50 | 15 | 58 | 25 | 54 |
| deel v.d. artsen | 7 | 35 | 7 | 27 | 14 | 30 |
| een v.d. artsen | 3 | 15 | 4 | 15 | 7 | 15 |
| Totaal | 20 | 100 | 26 | 100 | 46 | 100 |

Vaker dan bij nascholing wonen de huisartsen van een samenwerkingsverband gezamenlijk de gevalbesprekingen bij: 54% tegen 36%. Voor gezondheidscentra ligt het percentage iets hoger dan voor groepspraktijken. 15% van de teams is met één arts vertegenwoordigd.

4.3. Diagnostiekbijeenkomsten

Bij het beoordelen van röntgenfoto's en cardiogrammen bestaat bij huisartsen vaak de behoefte een specialist te raadplegen. Meestal is dat dan een röntgenoloog, internist of cardioloog. De specialist kan zijn oordeel schriftelijk meedelen, maar de beoordeling kan ook in een bijeenkomst met één of meer huisartsen plaatsvinden. Zo'n diagnostiekbijeenkomst, die kan voortvloeien uit het gebruik van bepaalde ziekenhuisvoorzieningen, is dan eigenlijk een mengvorm van consultatie en nascholing, met het accent meer op het ene of op het andere. Het kan zijn dat tijdens zo'n bijeenkomst bijvoorbeeld alleen röntgenfoto's van patiënten van aanwezige huisartsen beoordeeld worden; dan heeft het meer weg van een consultatie. Ook komt het voor dat er op plaatselijk niveau bijvoorbeeld een ECG-werkgroep bestaat die geregeld bij elkaar komt met een specialist, los van het feit of de deelnemende arts gevallen heeft in te brengen. In dit laatste geval is meer sprake van nascholing. Het initiatief tot diagnostiekbijeenkomsten kan zowel bij de huisartsen liggen (meer consultatie) als bij de specialist (meer nascholingskarakter).

Aangezien de aantallen in deze paragraaf klein zijn, zullen we ze niet percenteren.

Regelmatige diagnostiekbesprekingen komen niet zo veel voor. Slechts bij zo'n 10% van de samenwerkingsverbanden treffen wij die aan. Op één uit-

zondering na worden die steeds in één ziekenhuis gehouden of worden geleid door een specialist uit één ziekenhuis.

Tabel 4.15.: Frekwentie van de diagnostiekbijeenkomsten.

| Frekwentie | Aantal groepspraktijken | Aantal gezondheidscentra | Totaal |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------|
| 1x per maand of minder | 3 | 4 | 7 |
| 2-3x per maand | 4 | 2 | 6 |
| 1x per week | 1 | 2 | 3 |
| Totaal | 8 | 8 | 16 |

De bijeenkomsten verschillen in de frekwentie waarmee ze plaatsvinden. Wellicht hangt dit samen met de vorm en het doel ervan. In bijna de helft van de gevallen komt men ten hoogste eens per maand bij elkaar.

In alle gevallen waarin diagnostiekbijeenkomsten plaatsvinden worden deze in de regel (of altijd) bezocht. In die gevallen waarin de huisarts het initiatief neemt voor het samen komen is dat logisch. Waar dat niet zo is, blijken de bijeenkomsten toch een verplichtend karakter te hebben: als men zich inschrijft voor bijvoorbeeld zo'n plaatselijke werkgroep dan is men ook iedere keer aanwezig.

Tabel 4.16.: Deelnemers aan de diagnostiekbijeenkomsten

| Deelnemers | Aantal groepspraktijken | Aantal gezondheidscentra | Totaal |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|--------|
| alle artsen | 5 | 3 | 8 |
| deel van de artsen | 1 | 2 | 3 |
| één van de artsen | 2 | 3 | 5 |
| Totaal | 8 | 8 | 16 |

De helft van de diagnostiekbijeenkomsten wordt door alle huisartsen van het samenwerkingsverband bijgewoond. De groepspraktijken zitten wat boven het gemiddelde en de gezondheidscentra er wat onder. Wanneer niet alle artsen meegaan dan wordt de bijeenkomst in het algemeen bezocht door degenen die

op dat moment een cardiogram of röntgenfoto te bespreken hebben. Van twee gezondheidscentra (van de 3 in de tabel) weten wij dat de bijeenkomsten telkens door dezelfde artsen worden bijgewoond. Deze hebben zich speciaal toegelegd op de ECG-diagnostiek.

4.4. Algemeen medische bijeenkomsten

Onder dit hoofd vatten we activiteiten samen van niet-medisch-technische aard, die evenwel betrekking hebben op de uitoefening van het vak. Het gaat hierbij onder meer om bijeenkomsten waarbij gediskussieerd wordt over een aktueel medisch vraagstuk of over ontwikkelingen in de gezondheidszorg; waarin huisartsen specialisten informeren over de gang van zaken in hun praktijken; waarin van gedachten gewisseld wordt over gelezen literatuur; waarin de samenwerking tussen eerste en tweede lijn geëvalueerd wordt. Het initiatief tot deze bijeenkomsten komt vaak van de kant van de huisartsen. Soms worden ze georganiseerd in PHV-verband. Wegens de kleine aantallen zullen we ook hier niet percenteren.

Vier groepspraktijken en 9 gezondheidscentra maken melding van deze algemene bijeenkomsten. Meestal treft men bij deze gelegenheden specialist(en) uit maar één ziekenhuis aan. Bij één groepspraktijk en één gezondheidscentrum komen ze uit twee, en in één gezondheidscentrum uit 3 ziekenhuizen. Algemeen medische bijeenkomsten vinden niet zo vaak plaats; meestal éénmaal per maand of minder. Bij groepspraktijken is dat ook het maximum. In 3 gezondheidscentra worden ze 2 tot 3 maal per maand gehouden. Huisartsen die naar bijeenkomsten als deze toegaan, doen dat in het algemeen trouw: in 10 van de 13 gevallen vaak of "in de regel". In groepspraktijken neemt men er voor de helft tot een kwart van de gevallen aan deel; in één groepspraktijk en één gezondheidscentrum slechts nu e n dan.

Tabel 4.17.: Deelnemers aan algemeen medische bijeenkomsten.

| Deelnemers | Aantal groepspraktijken | Aantal gezondheidscentra | Totaal |
|------------------|-------------------------|--------------------------|--------|
| alle artsen | 2 | 3 | 5 |
| deel v.d. artsen | 2 | 4 | 6 |
| één v.d. artsen | - | 2 | 2 |
| Totaal | 4 | 9 | 13 |

De cijfers wijzen niet in een bepaalde richting. Alle categorieën komen wel voor, uitgezonderd bij de groepspraktijken waar deelnemers door één der artsen nul scoort (dat ligt waarschijnlijk aan het kleine aantal gevallen).

4.5. Overige kontakten

Tot nu toe hebben we nog geen melding gemaakt van informeel contact tussen huisartsen en specialisten. Van deze paragraaf vormen ze het hoofdbestanddeel (van een overigens bescheiden aantal gevallen). In een aantal ziekenhuizen is er wekelijks na het bezoek voor huisartsen gelegenheid tot informeel overleg met specialisten. Ook zijn er periodieke koffie-uurtjes voor huisartsen en specialisten. Hoewel niet medisch van aard kunnen deze bijeenkomsten toch van waarde zijn voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

In deze restcategorie hebben we ook één werkkontakt ondergebracht van een specialist die een diabetes-project in een gezondheidscentrum begeleidt.

Deze kontakten zijn door slechts 1 groepspraktijk en 6 gezondheidscentra genoemd. In twee gezondheidscentra vonden de informele kontakten met/in twee ziekenhuizen plaats. In de overige 5 gevallen was dat er steeds maar één.

De frekwentie van de "overige kontakten" is in eveneens 5 van de 7 gevallen wekelijks; meestal is er een vast tijdstip voor. Eén gezondheidscentrum noemt een frekwentie van 2 à 3 maal per maand, en eveneens één zegt deze kontakten eens per maand te hebben.

Genoemde bijeenkomsten worden goed bezocht: 5 gezondheidscentra nemen er vaak of in de regel aan deel, één groepspraktijk en één gezondheidscentrum doen het in de helft tot een kwart van het aantal keren.

Meestal (in vier gevallen van de zeven) gaan de artsen er gezamenlijk naar toe. In één gezondheidscentrum gaat slechts één van de artsen er heen.

4.6. De deelname aan de diverse activiteiten samen

Na deze uiteenzettingen over de verschillende vaste wekkontakten die huisartsen met specialisten kunnen hebben, dringt zich de vraag op hoe vaak zij betrokken zijn bij deze activiteiten tesamen. Per arts kunnen we deze vraag niet beantwoorden. Wel per samenwerkingsverband; ons analysenivo is immers de groepspraktijk of het gezondheidscentrum.

Tabel 4.18.: Frekwentie van de deelname aan de diverse activiteiten samen.

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1x per maand of minder | 28 | 42 | 27 | 31 | 55 | 36 |
| 2-3x per maand | 18 | 27 | 29 | 34 | 47 | 31 |
| wekelijks | 12 | 18 | 9 | 10 | 21 | 14 |
| vaker dan 1x per week | 6 | 9 | 15 | 17 | 21 | 14 |
| geen vaste werkkontakten | 3 | 4 | 6 | 7 | 9 | 6 |
| Totaal | 67*) | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

*) Eén groepspraktijk heeft niet aan de enquête deel genomen.

Eenvoudig gezegd laat deze tabel zien hoe vaak er in een samenwerkingsverband één of meer artsen op pad zijn naar een werkkontakt met een specialist; of anders gezegd hoe vaak zien één of meer artsen uit het team in min of meer georganiseerd verband een specialist. In ruim één derde van de samenwerkingsverbanden is dat hoogstens éénmaal in de maand. In iets minder dan één derde gebeurt het 2 tot 3 maal per maand. Wekelijks heeft 14% een werkkontakt en eenzelfde percentage ziet de specialist vaker dan eens per week. De resterende 6% heeft geen vaste werkkontakten.

Er zijn in dit opzicht weinig verschillen tussen groepspraktijken en gezondheidscentra. In de categorie tot één keer per maand zijn de groepspraktijken wat sterker vertegenwoordigd dan de gezondheidscentra, maar in

de naast hogere frekwentie is het verschil net andersom. Hetzelfde geldt voor de categorieën "wekelijks" en "vaker dan 1x per week": ook hier worden de verschillen in de ene categorie voor een groot deel weer goed gemaakt door een tegengesteld verschil in de andere.

In onderstaande tabel (4.19) zullen we de veronderstelling toetsen, dat de gemiddelde afstand van het samenwerkingsverband tot de ziekenhuizen waarin de werkkontakten plaatsvinden, van invloed is op de deelname-frekwentie. (Gemakshalve hebben we de afstanden binnen de steden in de categorie tot 5 kilometer ingedeeld).

Tabel 4.19.: Verband tussen de gemiddelde afstand tot de ziekenhuizen waarin de werkkontakten plaats hebben en de deelname daaraan.

| deelname frekwentie afstand | wekelijks of vaker | 2 à 3 maal per maand | 1 maal per maand of minder | Totaal |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|
| 5 km of minder | 28 (30) | 35 (38) | 30 (32) | 93 (100) |
| 6-10 km | 8 (30) | 6 (22) | 13 (48) | 27 (100) |
| meer dan 10 km | 6 (25) | 6 (25) | 12 (50) | 24 (100) |
| Totaal | 42 (29) | 47 (33) | 55 (38) | 144 (100) |

(De tussen haakjes geplaatste getallen zijn rijpercentages).

Van de samenwerkingsverbanden die dicht bij de ziekenhuizen gevestigd zijn heeft ongeveer een gelijk percentage frekwente kontakten als niet-frekwente kontakten (30% en 32%). Samenwerkingsverbanden die verder dan 10 km van de ziekenhuizen verwijderd liggen hebben daarentegen in de helft van de gevallen niet-frekwent contact (hoogstens maandelijks) en in een kwart frekwent contact (minstens wekelijks). De invloed van de afstand tekent zich het duidelijkst af in de deelnamepercentages van 1x per maand of minder. Deze worden groter naarmate de afstand toeneemt. Het verband zou wellicht duidelijker zichtbaar zijn als we de frekwentie waarmee de bijeenkomsten worden gehouden in de analyse zouden kunnen betrekken. Zoals we in tabel 4.9 zagen, is die faktor van invloed op de deelname aan nascholingsbijeenkomsten.

4.7. Samenvatting

We hebben een aantal soorten werkkontakten van huisartsen met medische specialisten onderscheiden: nascholingsbijeenkomsten, gevalsbesprekingen, diagnostiekbijeenkomsten, algemeen medische bijeenkomsten en overige werkkontakten, 96% van de groepspraktijken en 93% van de gezondheidscentra heeft kontakten in één of meer van deze categorieën.

De meest genoemde categorie is die van de nascholing: 86% neemt hier op enigerlei wijze aan deel. Deze bijeenkomsten kunnen in diverse ziekenhuizen plaatsvinden. Niettemin is dat in bijna de helft van de gevallen slechts één ziekenhuis. Huisartsen in de stad volgen de plaatselijke nascholing niet in een groter aantal ziekenhuizen dan hun kollega's op het platteland. Bijna 60% van de samenwerkingsverbanden rekent zich tot de trouwe bezoekers aan deze nascholingsbijeenkomsten. In het algemeen worden ze minder trouw bezocht naarmate ze vaker gegeven worden. We vonden een zwak verband tussen de deelnamefrequentie aan nascholingsbijeenkomsten en het aantal ziekenhuizen waarin die gehouden worden. Meestal gaan de artsen van een centrum of groepspraktijk niet allemaal naar nascholingsbijeenkomsten. In 30% van de samenwerkingsverbanden is er contact met specialisten door gevalsbesprekingen. Vaker dan nascholing vinden deze bijeenkomsten plaats in relatie met één ziekenhuis (57%). Ze vinden minder frequent plaats dan nascholing (76% één keer per maand of minder). Daar staat een trouwe deelname tegenover (80%). Artsen gaan ook vaker gezamenlijk naar deze bijeenkomsten dan naar de nascholing (54% tegen 36%).

Diagnostiekbijeenkomsten worden vrijwel altijd in één ziekenhuis gehouden. De deelname is optimaal. De frequentie waarmee men bij elkaar komt en wie er vanuit de praktijken naar toe gaat is verschillend. Overigens maakt slechts 10% van de samenwerkingsverbanden melding van dit soort contact. Algemeen medische bijeenkomsten worden nog iets minder vaak genoemd (8%). Ze worden niet zo vaak gehouden, meestal maandelijks, en trouw bezocht. De overige kontakten betreffen voornamelijk informele bijeenkomsten die i.h.a. wekelijks plaatsvinden.

Tellen we alle activiteiten bij elkaar dan heeft ruim 1/3 van de samenwerkingsverbanden een min of meer vaste contactfrequentie van 1 maal per maand (of minder), en bijna 1/3 een contactfrequentie van 2 tot 3 maal per maand. Wekelijks heeft 14% contact en eveneens 14% nog vaker. Deelname aan de bijeenkomsten blijkt enigszins samen te hangen met de gemiddelde afstand tot de ziekenhuizen; men gaat minder vaak naarmate die afstand groter is.

5. TELEFONISCHE KONSULTATIE

Een belangrijk argument voor samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg is de bundeling van kennis en vaardigheden. Huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra zijn meer dan hun solistisch werkend kollega's in de gelegenheid elkaar te raadplegen. Dat neemt niet weg, dat er zich regelmatig situaties kunnen voordoen waarin advies van een specialist gewenst is, zonder dat de huisarts al wil overgaan tot een verwijzing. Ook kan de beslissing om te verwijzen in overleg met de specialist genomen worden. Dergelijke konsultaties gebeuren doorgaans telefonisch. Wij hebben in dit onderzoek een globale indruk willen krijgen van de frekventie waarmee men de telefoon pakt om ongeacht welke specialist te raadplegen. Het kan een aanwijzing zijn voor de relatie tussen eerste en tweede lijn.

Tabel 5.1.: Frekventie van telefonisch raadplegen van medisch specialisten.

| Frekventie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| vaak (meer dan 1 maal per week) | 13 | 19 | 20 | 24 | 33 | 22 |
| regelmatig (één maal per 1 à 2 weken) | 38 | 57 | 52 | 61 | 90 | 59 |
| nu en dan (een keer per 2 weken of minder) | 12 | 18 | 12 | 14 | 24 | 16 |
| zelden of nooit | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 | 4 |
| Totaal | 67 | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

Er bestaat bij huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra een duidelijke behoefte aan deze korte konsultatie. In slechts 4 groepspraktijken en 2 gezondheidscentra maakt men er zelden of nooit gebruik van. In 80% van de gevallen wordt een specialist regelmatig of vaak telefonisch geraadpleegd. Groepspraktijken verschillen in deze werkwijze nauwelijks van gezondheidscentra; de spreiding rond de totaalpercentages is klein.

Het verzamelde materiaal is bedoeld om een overzicht te geven. Nadere studie zou moeten vaststellen hoe men hiermee te werk gaat. Raadpleegt men voornamelijk een of twee specialisten (internisten bijvoorbeeld) of zijn het er meer; volgt gewoonlijk een verwijzing of wordt die er door voorkomen, etc.

We stellen ons voor dat het gemak waarmee een huisarts een specialist telefonisch konsulteert voor een deel bepaald wordt door het feit of hij die specialist kent, bijvoorbeeld uit andere werkkontakten. We verwachten dan ook dat er een verband bestaat tussen de totale deelnamefrequentie aan de diverse bijeenkomsten zoals genoemd in hoofdstuk 4 en de frequentie waarmee telefonische konsultatie plaatsvindt.

Tabel 5.2.: Verband tussen frequentie van telefonische konsultatie en de frequentie waarmee men vaste werkkontakten heeft met medisch specialisten.

| konsultatie- frequentie / kontakt- frequentie | vaak (meer dan 1 maal per week | regelmatig (eenmaal per 1 à 2 weken) | nu en dan of nooit | Totaal |
|---|---|---|-----------------------|-----------|
| wekelijks of vaker | 7 (17) | 32 (76) | 3 (7) | 42 (100) |
| 2 à 3 maal per maand | 14 (30) | 23 (49) | 10 (21) | 47 (100) |
| 1x per maand of minder | 12 (19) | 35 (55) | 17 (27) | 64 (100) |
| Totaal | 33 (22) | 90 (59) | 30 (20) | 153 (100) |

Huisartsen die minstens wekelijks een vast werkkontakt hebben, hebben een wat hogere konsultatiefrequentie (vaak of regelmatig) dan kollega's met minder werkkontakten. Het verband is echter niet sterk. Wellicht is dat toe te schrijven aan de grofheid van de variabele "kontaktfrequentie". Als we meer zouden weten van de aard van de kontakten en het aantal specialisten waarmee een arts die kontakten heeft alsmede het aantal specialisten dat een arts konsulteert, dan zou het beeld mogelijk duidelijk zijn.

6. GEBRUIK VAN ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Hoewel het voor samenwerkende huisartsen met gemeenschappelijke huisvesting eerder lonend zal zijn diverse diagnostische voorzieningen in de praktijk aan te schaffen dan individueel gevestigde kollega's, zal het toch regelmatig nodig zijn gebruik te maken van externe faciliteiten. Uiteraard kan de huisarts zijn patiënt verwijzen als zijn eigen diagnostische middelen niet toereikend zijn, maar het streven is er momenteel op gericht patiënten zo lang mogelijk in de eerstelijns te behandelen en het aantal verwijzingen en klinische opnamen terug te dringen. In dat streven naar versterking van de eerste lijn past het toegankelijk maken van externe voorzieningen (i.c. in ziekenhuizen) voor de huisarts. In Maastricht en Utrecht lopen experimenten met diagnostische centra. Maar ook elders, zij het onder andere condities, kunnen huisartsen gebruik maken van diverse ziekenhuisfaciliteiten. Over deze (meer indirecte) contacten met de tweedelijnsgezondheidszorg gaat dit hoofdstuk.

Waarom maken huisartsen gebruik van radiodiagnostische en laboratoriumfaciliteiten in ziekenhuizen. Aan het Interimrapport Evaluatie Experiment Diagnostisch Centrum Oudenrijn (NHI/NZI - januari 1981) ontleen we de volgende motieven: bevestiging van een vermoeden; ter uitsluiting van een aandoening, screening bij onduidelijke pathologie, controle bij een bekende aandoening en ter geruststelling van de patiënt.

Voor röntgendiagnostiek, elektro-cardiogrammen, echografieën en andere gespecialiseerde verrichtingen is men in het algemeen op de ziekenhuizen aangewezen (hoewel in sommige praktijken ECG's in eigen huis gemaakt worden). Als een aanvragende huisarts dat wenst kan een specialist de resultaten van het onderzoek beoordelen. Soms vindt daarna een poliklinisch konsult plaats: betreffende patiënt wordt eenmalig door de specialist onderzocht, waarbij de huisarts (die daarbij vaak aanwezig is) de behandelingsverantwoordelijkheid houdt. In het voornoemde Interimrapport worden de volgende meest aangevraagde röntgenonderzoeken genoemd: thorax, lumbosacrale wervelkolom, neusbijholten, maag en darm, cervicale wervelkolom, gewrichten en botten. 56% van de aanvragen in het Diagnostisch Centrum Oudenrijn had (onder meer) betrekking op röntgendiagnostiek, 32,8% betrof laboratoriumonderzoek, en 11,2% ECG's.

Voor het laten verrichten van laboratoriumonderzoek is een huisarts lang niet alleen aangewezen op een ziekenhuislaboratorium. Hij heeft n.l. ook keus uit specifieke huisartsenlaboratoria (die wel in een ziekenhuis gevestigd kunnen zijn, maar toch gescheiden van het ziekenhuislaboratorium), streeklaboratoria (van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid), commerciële laboratoria, en laboratoria van diverse instellingen als de GG en GD, Trombosedienst e.d. Niet alle laboratoria zijn in staat alle gewenste onderzoeken te doen, zodat voor bepaalde gevallen naast een huisartsenlaboratorium ook gebruik gemaakt wordt van de diensten van een ziekenhuis. Om een idee te geven van de verschillende soorten laboratoriumonderzoek waar het hier om gaat, grijpen we weer naar het DCO Interimrapport. De onderzoeken kunnen betrekking hebben op: haematologie/serologie, bloedchemie, pathologie/anatomie, bacteriologie, urine en faeces. Het merendeel van de aanvragen betrof bloedmonsters. Van welke externe laboratoriumvoorzieningen gebruik gemaakt wordt, hangt niet alleen samen met de uitrusting in eigen huis, maar ook met service en snelheid die geboden wordt. Is men in de nabijheid van een ziekenhuis gevestigd dan is het ziekenhuislaboratorium wellicht het meest aangewezen, al kunnen die niet altijd op tegen de snelheid en de service van de huisartsenlaboratoria (die frekwent in wijk, praktijk of zelfs aan huis komen "prikken"). In veel gevallen wordt van verschillende mogelijkheden gebruik gemaakt. Voor spoedgevallen meldt men zich i.h.a. bij een ziekenhuislaboratorium.

In dit hoofdstuk onderscheiden we de volgende verrichtingen: röntgendiagnostiek, laboratoriumonderzoek, ECG's en overige verrichtingen. Tabel 6.1. laat de totale frekwenties zien die we bij groepspraktijken en gezondheidscentra vonden bij deze categorieën. Wellicht ten overvloede wijzen we er op dat hier alleen om het gebruik van voorzieningen in ziekenhuizen gaat.

Tabel 6.1.: Gebruik van diverse ziekenhuisvoorzieningen.

| Soort voorziening | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------------|------------------|----|-------------------|----|--------|----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| röntgendiagnostiek | 66 | 99 | 85 | 99 | 151 | 99 |
| laboratorium- onderzoek | 52 | 78 | 67 | 79 | 119 | 78 |
| ECG | 8 | 12 | 7 | 8 | 15 | 10 |
| overige | 11 | 16 | 18 | 21 | 29 | 19 |

Op één groepspraktijk en één gezondheidscentrum na maken ze allemaal gebruik van röntgendiagnostische faciliteiten in ziekenhuizen. Voor laboratoriumonderzoek wordt iets minder vaak een beroep gedaan op het ziekenhuis; niettemin is dat bij ruim driekwart van de samenwerkingsverbanden het geval. ECG (10%) en overige (20%) zijn slechts op een minderheid van de gevallen van toepassing.

In de volgende paragrafen behandelen we achtereenvolgens per soort voorziening hoe vaak er gebruik van gemaakt wordt en hoeveel ziekenhuizen daarbij betrokken zijn.

6.1. Röntgenfaciliteiten

Het gebruik van röntgendiagnostische voorzieningen in ziekenhuizen is vrijwel algemeen voor samenwerkingsverbanden. Zoals tabel 6.1. laat zien zijn er maar twee samenwerkingsverbanden die hier van afwijken. Voor röntgendiagnostiek verwijst men in het ene gezondheidscentrum naar een vrij gevestigde röntgenoloog in de buurt, waar goede werkrelaties mee bestaan. De groepspraktijk kan gebruik maken van eigen faciliteiten van de Philips Medische Dienst.

Tabel 6.2.: Gebruiksfrekwentie van röntgendiagnostische voorzieningen in ziekenhuizen.

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| regelmatig tot vaak | 64 | 97 | 85 | 100 | 149 | 99 |
| nu en dan | 2 | 3 | - | - | 2 | 1 |
| Totaal | 66 | 100 | 85 | 100 | 151 | 100 |

Deze tabel spreekt voor zichzelf: vrijwel alle samenwerkingsverbanden maken regelmatig tot vaak gebruik van röntgenfaciliteiten in ziekenhuizen.

Tabel 6.3.: Aantal ziekenhuizen waarin men per samenwerkingsverband gebruik maakt van röntgendiagnostische voorzieningen.

| Aantal ziekenhuizen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 29 | 44 | 37 | 44 | 66 | 44 |
| 2 | 27 | 41 | 25 | 29 | 52 | 34 |
| 3 | 8 | 12 | 11 | 13 | 19 | 13 |
| 4 | - | - | 4 | 5 | 4 | 3 |
| 5 of meer | 2 | 3 | 8 | 9 | 10 | 7 |
| Totaal | 66 | 100 | 85 | 100 | 151 | 100 |

Waar meerdere ziekenhuizen voor röntgenverrichtingen in aanmerking komen, zullen huisartsen dikwijls de keus aan de patiënt laten. De voorkeur wordt wellicht mede bepaald door de afstand vanaf het woonadres tot het ziekenhuis, eventuele vroegere ervaringen en wat men uit andere bronnen voor informatie heeft. Het merendeel van de groepspraktijken en gezondheidscentra laat röntgenfoto's maken in één of twee ziekenhuizen. In bijna een kwart van de gevallen zijn het er meer. In de categorie met 2 ziekenhuizen zijn de groepspraktijken sterker vertegenwoordigd dan de gezondheidscentra. Bij 4, 5 en meer ziekenhuizen is de verhouding omgekeerd.

De verrichtingen in de beide diagnostische centra Oudenrijn (Utrecht) en St. Annadal (Maastricht zijn hier als normale ziekenhuisvoorzieningen beschouwd, hoewel de mogelijkheden er ruimer zijn en de gelegenheid een specialist te konsulteren meer geformaliseerd. De drie gezondheidscentra in Maastricht en Heer laten al het röntgenwerk in het diagnostisch centrum doen. Van de samenwerkingsverbanden in en rond Utrecht hebben 2 gezondheidscentra en 5 groepspraktijken (onder meer) met het diagnostisch centrum contact door röntgenaanvragen.

6.2. Laboratoriumonderzoek

Tabel 6.4.: Gebruiksfrekwentie van ziekenhuislaboratoria.

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| regelmatig tot vaak | 45 | 87 | 60 | 90 | 105 | 88 |
| nu en dan | 7 | 13 | 7 | 10 | 14 | 12 |
| Totaal | 52 | 100 | 67 | 100 | 119 | 100 |

We zagen in tabel 6.1. dat 78% van alle gemeenschappelijke gehuisveste samenwerkingsverbanden laboratoriumonderzoek in algemene ziekenhuizen laat doen. Daarvan doet het overgrote deel dat regelmatig tot vaak (88%), en 12% nu en dan. De categorie "zelden" komt ook in deze tabel niet voor. Voor laboratoriumonderzoek maken 4 groepspraktijken en 1 gezondheidscentrum in of rond Utrecht gebruik van het Diagnostisch Centrum Oudenrijn. De 3 gezondheidscentra in Maastricht en Heer laten alle laboratoriumverrichtingen in D.C. St. Annadal doen.

Gebruik maken van ziekenhuislaboratoria wil niet zeggen dat er geen andere externe voorzieningen worden benut. We komen daar zo op terug.

Tabel 6.5.: Aantal ziekenhuizen per samenwerkingsverband waarvan laboratoriumvoorzieningen gebruikt worden.

| Aantal ziekenhuizen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 34 | 65 | 47 | 70 | 81 | 68 |
| 2 | 15 | 29 | 14 | 21 | 29 | 24 |
| 3 | 2 | 4 | 5 | 7 | 7 | 6 |
| 4 | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 of meer | 1 | 2 | - | - | 1 | 1 |
| Totaal | 52 | 100 | 67 | 100 | 119 | 100 |

Laboratoriumonderzoek laat men in het algemeen in een kleiner aantal ziekenhuizen doen dan röntgendiagnostiek. Ruim 2/3 van de laboratoriumkontakten verlopen via één ziekenhuis; bij de röntgenverrichtingen is dat 44%. Kijken we naar de categorieën van 3 en meer ziekenhuizen dan vinden we in bovenstaande tabel 8% en in de tabel betreffende röntgenfaciliteiten 23%; ook dit is een duidelijk verschil.

Het verschil kan te maken hebben met het feit dat men voor röntgenwerk vrijwel op de ziekenhuizen is aangewezen, terwijl er met betrekking tot laboratoriumonderzoek nogal mogelijkheden zijn buiten de ziekenhuizen om.

We noemden die alternatieven al: de (non-profit) huisartsenlaboratoria, de streeklaboratoria van het R.I.V., de Stichting Artsen Laboratoria (SAL; een commercieel laboratorium dat in een groot deel van het land werkt), en de laboratoria van de plaatselijke GG en GD en van de trombosediensten. Tabel 6.6. geeft een beeld van het gebruik van deze voorzieningen.

Tabel 6.6.: Gebruik van andere dan ziekenhuislaboratoria.

| Soort voor- ziening | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--------------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| SAL | 12 | 18 | 9 | 10 | 21 | 14 |
| huisartsenlab. | 8 | 12 | 18 | 21 | 26 | 17 |
| streeklab. | 1 | 1 | 5 | 6 | 6 | 4 |
| huisartsenlab. + streeklab. | 1 | 1 | 5 | 6 | 6 | 4 |
| huisartsenlab. + SAL | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| overige voor- zieningen | 8 | 12 | 8 | 9 | 16 | 10 |
| GEEN | 36 | 54 | 40 | 47 | 76 | 50 |
| Totaal | 67*) | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

*) Eén groepspraktijk heeft niet aan de enquête deelgenomen.

Bijna de helft van de groepspraktijken en ruim de helft van de gezondheidscentra maakt gebruik van genoemde laboratoria. Opmerkelijk is dat van de SAL meer gebruik gemaakt wordt door de groepspraktijken dan de gezondheidscentra, die overwegend gebruik maken van de plaatselijke huisartsenlaboratoria als alternatief. Dit komt nog duidelijker tot uitdrukking als we, anders dan in de tabel, percenteren over het aantal gebruikers van deze laboratoriumfaciliteiten. De SAL komt bij 42% van die groepspraktijken (N = 31) en bij 22% van die gezondheidscentra (N = 46). De verhouding tussen de percentages van de andere huisartsenlaboratoria is omgekeerd: 32% voor de groepspraktijken en 50% voor de gezondheidscentra. Van de streeklaboratoria maken groepspraktijken erg weinig gebruik.

Behalve van GG en GD en Trombosediensten zitten in de categorie "overige voorzieningen" nog laboratoria van Cyt-U in Utrecht, van een psychiatrische kliniek nabij een gezondheidscentrum en een verpleegtehuis in de buurt van een groepspraktijk.

Hoewel diverse ziekenhuizen ook goede service bieden met betrekking tot laboratoriumwerk, kunnen ze in dat opzicht niet altijd op tegen de andere voorzieningen. Artsen merkten meerdere malen op dat de kwaliteit van het ziekenhuislaboratorium goed was, maar dat het niet zo snel werkte. We ver-

wachten dat de afstand tot de ziekenhuizen hier een rol in speelt. Vandaar dat we voor de samenwerkingsverbanden waarvoor we eenvoudig de gemiddelde afstand konden vaststellen tot de ziekenhuizen waarin men voorzieningen gebruikt, dit verband hebben onderzocht (het betreft 89 samenwerkingsverbanden).

Tabel 6.7.: Verband tussen de gemiddelde afstand tot de ziekenhuizen waarvan voorzieningen gebruikt worden en het gebruik van andere dan ziekenhuislaboratoria.

| gemiddelde afstand zh. \ gebruik andere laboratoria | geen gebruik | | wel gebruik | | totaal | |
|---|------------------------------|------|-------------|------|--------|-------|
| | 5 km of minder (ter plaatse) | 42 | (66) | 22 | (34) | 64 |
| 6 km of meer | 11 | (44) | 14 | (56) | 25 | (100) |
| Totaal | 53 | (60) | 36 | (40) | 89 | (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages).

Samenwerkingsverbanden die dicht bij ziekenhuizen gevestigd zijn, maken voor slechts 1/3 deel gebruik van andere laboratoria, terwijl 56% van de verder weg liggende groepspraktijken en gezondheidscentra dit doet. De afstand tot de ziekenhuizen hangt derhalve samen met het gebruik van andere voorzieningen dan het ziekenhuislaboratorium. Naarmate die afstand groter wordt, maken huisartsen meer gebruik van andere laboratoriumfaciliteiten. We hebben ook nog gekeken of er verband is tussen de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en het gebruik van andere laboratoria. Dit bleek er niet te zijn.

6.3. Elektrocardiogrammen

Tabel 6.8.: Gebruik van ECG-voorzieningen in ziekenhuizen.

| Frekwentie | Groepspraktijken | Gezondheidscentra | Totaal |
|---------------------|------------------|-------------------|--------|
| regelmatig tot vaak | 6 | 4 | 10 |
| nu en dan | 2 | 3 | 5 |
| Totaal | 8 | 7 | 15 |

(Aantallen zijn te klein om te percenteren).

Hoewel samenwerkingsverbanden die ECG's laten maken in ziekenhuizen, dat in de meeste gevallen regelmatig of vaak doen, kunnen we niet zeggen dat het in het algemeen veel voorkomt. Behalve dat er in een aantal praktijken ECG-apparatuur aanwezig is, hebben we niet de indruk dat er veel alternatieven buiten de ziekenhuizen zijn. De mogelijkheid om ECG's te laten maken is ook niet in alle ziekenhuizen in gelijke mate aanwezig.

Tien van de 15 samenwerkingsverbanden laten ECG's steeds in hetzelfde ziekenhuis maken. De rest laat het in twee ziekenhuizen doen. Van de 8 groepspraktijken zijn er 3, en van de 7 gezondheidscentra is er één die de ECG's in Diagnostisch Centrum Oudenrijn laten maken. Uit het zuiden worden geen ECG's gemeld. Dat 4 van de 15 gevallen zich rond één ziekenhuis (experiment) concentreren kan er op wijzen dat het gebruik maken van ECG-voorzieningen niet overal (onbeperkt) mogelijk is.

6.4. Gebruik van overige ziekenhuisvoorzieningen

Een aantal voorzieningen, dat overigens niet zo vaak genoemd is, vatten we in deze paragraaf samen. Het gaat om uiteenlopende zaken als het gebruik van de verloskamer door de huisarts t.b.v. poliklinische bevallingen, echografieën, gastroscopieën, EEG's e.d.

Het meest genoemd wordt de echografie. Negen gezondheidscentra en 6 groepspraktijken laten deze maken, meestal telkens in hetzelfde ziekenhuis. In

5 gevallen gebeurt dat regelmatig of vaak; in 8 gevallen incidenteel. Vanuit één gezondheidscentrum wordt nu en dan gebruik gemaakt van de verloskamers van twee ziekenhuizen. Het aantal groepspraktijken dat deze mogelijkheid benut is groter, namelijk 4. Steeds gebeurt dat in één ziekenhuis, en op één geval na doet men het regelmatig.

Eén groepspraktijk en twee gezondheidscentra laten incidenteel mammografieën maken in een ziekenhuis; één centrum regelmatig en in 3 ziekenhuizen. Electroëncefalogrammen worden door twee centra genoemd. De frekwentie is bij het ene regelmatig en bij het andere incidenteel; beiden steeds in hetzelfde ziekenhuis.

Volledigheidshalve voegen we hier aan toe dat er enkele samenwerkingsverbanden zijn die nog andere verrichtingen noemen zoals: amnioscopie, rectoscopie, gastroscopie.

6.5. Gebruik van diverse ziekenhuisvoorzieningen tesamen

In het voorgaande hebben we het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen per categorie bekeken. Hier willen we enkele cijfers geven die betrekking hebben op het totaal van dat gebruik: hoeveel (soorten) voorzieningen worden gebruikt per samenwerkingsverband en om hoeveel ziekenhuizen gaat het dan; zijn het dezelfde ziekenhuizen als waarmee men contact heeft door nascholing e.d. of zijn het andere, of meer of minder; hebben groepspraktijken en gezondheidscentra op het platteland contact met minder ziekenhuizen voor het gebruik van voorzieningen.

Tabel 6.9.: Het aantal voorzieningen per samenwerkingsverband waarvan gebruik gemaakt wordt.

| aantal voor- zieningen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------------|------------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| geen | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 1 | 9 | 13 | 17 | 20 | 26 | 17 |
| 2 | 37 | 55 | 47 | 55 | 84 | 55 |
| 3 | 18 | 27 | 16 | 19 | 34 | 22 |
| 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| 5 | - | - | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Totaal | 67 | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

Meer dan de helft van alle groepspraktijken en gezondheidscentra heeft twee soorten voorzieningen gebruikt. We weten dat dit in de meeste gevallen röntgendiagnostiek en laboratoriumonderzoek is. 17% maakt gebruik van één soort voorziening (n.l. röntgen). Gezondheidscentra liggen iets boven dit gemiddelde; groepspraktijken er iets onder. In 22% van de gevallen wordt gebruik gemaakt van 3 soorten voorzieningen. Hierbij zitten de groepspraktijken wat boven het gemiddelde en de gezondheidscentra er onder. Slechts 4% van de samenwerkingsverbanden vinden we bij 4 of meer faciliteiten. In de volgende tabel staat per groepspraktijk en gezondheidscentrum het aantal ziekenhuizen waarvan voorzieningen aangewend worden.

Tabel 6.10.: Totale aantal ziekenhuizen (per samenwerkingsverband) waarvan diverse voorzieningen gebruikt worden.

| aantal ziekenhuizen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 26 | 39 | 28 | 33 | 54 | 36 |
| 2 | 28 | 42 | 31 | 36 | 59 | 39 |
| 3 | 9 | 14 | 12 | 14 | 21 | 14 |
| 4 en meer | 3 | 5 | 14 | 16 | 17 | 11 |
| Totaal | 66 | 100 | 85 | 100 | 151 | 100 |

Driekwart van de groepspraktijken en gezondheidscentra heeft met hoogstens twee ziekenhuizen contact door het gebruik van diagnostische voorzieningen. De resterende 25% is verdeeld over de categorieën van 3 en van 4 of meer ziekenhuizen. Bij de gezondheidscentra is de verdeling over deze categorieën ongeveer gelijk; bij de groepspraktijken is de categorie met 3 ziekenhuizen sterker vertegenwoordigd.

Tabel 6.11.: Vergelijking per samenwerkingsverband van de ziekenhuizen waarmee men vaste werkkontakten heeft (nascholing e.d.) en die waarmee men contact heeft door gebruik van voorzieningen.

| Vergelijking | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| dezelfde ziekenhuizen | 42 | 66 | 44 | 55 | 85 | 60 |
| voor "voorzieningen" meer dan voor "kontakt" | 11 | 17 | 26 | 33 | 37 | 26 |
| voor "kontakt" meer dan voor "voorzieningen" | 11 | 17 | 10 | 13 | 21 | 15 |
| Totaal | 64 | 100 | 80 | 100 | 144 | 100 |

Tweederde van de groepspraktijken en ruim de helft van de gezondheidscentra maakt gebruik van voorzieningen in dezelfde ziekenhuizen als waarin men werkkontakt heeft met een of meer specialisten. 17% van de groepspraktijken en 33% van de gezondheidscentra maakt voor de diverse voorzieningen gebruik van een groter aantal ziekenhuizen en respectievelijk 17% en 13% heeft kontakten in een groter aantal ziekenhuizen.

Waar de "kontakt ziekenhuizen" en "faciliteiten ziekenhuizen" niet dezelfde zijn maakt in de meeste gevallen het kleinste aantal deel uit van het grootste.

Alleen bij de 26 centra (midden in de tabel) is er een wat grotere afwijking: in 9 gevallen van die 26 is er geen sprake van overlapping van het kleinste aantal door het grootste (anders gezegd: in 9 gevallen is het aantal "kontakt ziekenhuizen" weliswaar kleiner, maar wordt daarvan niet in alle gevallen ook gebruik gemaakt voor röntgenverrichtingen e.d.).

Laten samenwerkingsverbanden in de buitengebieden röntgen, en laboratoriumwerk e.d. in een kleiner aantal ziekenhuizen verrichten dan samenwerkingsverbanden in meer verstedelijkte delen van het land?

Gezien het verschil in aanbod van medische voorzieningen zou men zoiets mogen verwachten. Niettemin kan er bij de huisarts in de stad ook behoefte bestaan met niet al te veel ziekenhuizen van doen te hebben. Er blijkt niet het minste verband te zijn tussen de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en het aantal ziekenhuizen waarvan men voorzieningen gebruikt. Ook in hoofdstuk 4, bij de nascholingskontakten, vonden we dat de huisartsen in verstedelijkte gebieden kennelijk een selektief gebruik maakt van de hem ten dienste staande mogelijkheden.

6.6. Samenvatting

Met betrekking tot het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen onderscheiden we de volgende categorieën: röntgendiagnostiek, laboratoriumonderzoek, ECG's en overige. Aanvragen voor röntgendiagnostiek komen vrijwel algemeen voor; het gebruik van deze voorziening is regelmatig tot vaak, en vindt meestal in één of twee ziekenhuizen plaats. Ruim driekwart van de samenwerkingsverbanden laat ook laboratoriumonderzoek doen in de ziekenhuizen. In tweederde van de gevallen gaat het om één ziekenhuis, in een kwart om twee. Ook hier is het gebruik overwegend regelmatig tot vaak. Er zijn ook nog al wat mogelijkheden om buiten de ziekenhuizen om laboratoriumwerk te laten doen. De helft maakt daarvan gebruik. Groepspraktijken werken nogal eens met het in Utrecht gevestigde SAL, terwijl gezondheidscentra vaker van de diensten van de plaatselijke niet-kommerciële huisartsenlaboratoria gebruik maken. Naarmate de afstand tot de ziekenhuizen groter is, maken huisartsen in samenwerkingsverbanden vaker gebruik van andere dan ziekenhuislaboratoria.

Slechts 8 groepspraktijken en 7 gezondheidscentra laten electrocardiogrammen maken in het ziekenhuis; in meerderheid regelmatig tot vaak en in één ziekenhuis.

Elf groepspraktijken en 18 gezondheidscentra gebruiken nog andere ziekenhuisvoorzieningen, zoals de verloskamer, echografieën, EEG's e.d.

De echografie wordt nog het meest genoemd. Daarna de verloskamer, waarvan door één centrum en vier groepspraktijken gebruik gemaakt wordt.

In 4 samenwerkingsverbanden vraagt men mammografieën aan; in 2 electroëncefalogrammen.

Zeventien procent van alle samenwerkingsverbanden maakt van slechts één diagnostische ziekenhuisvoorziening gebruik: vrijwel altijd de röntgenfaciliteiten. Gezondheidscentra zijn in deze categorie sterker vertegen-

woordigd dan groepspraktijken. Ruim de helft maakt gebruik van nog één andere voorziening, terwijl 22% er 3 benut (in deze laatste categorie zitten naar verhouding meer groepspraktijken).

De diverse voorzieningen worden in het algemeen bij een beperkt aantal, meestal één of twee ziekenhuizen gebruikt.

Huisartsen in verstedelijkte gebieden maken m.b.t. diagnostische voorzieningen niet van een groter aantal ziekenhuizen gebruik dan hun kollega's elders.

7. BEZOEK AAN OPGENOMEN PATIENTEN

Hoewel de medische verantwoordelijkheid voor ziekenhuispatiënten voornamelijk bij de specialist ligt, hoeft dat niet te betekenen dat er voor de huisarts geen rol meer is weggelegd.

Velen zijn van mening dat de huisarts een aanvullende functie heeft met betrekking tot zijn opgenomen patiënten. Hij zou de afstand tussen de eerste- en tweedelijns zorg kunnen overbruggen. Bij een overname van de patiënt door de intramurale gezondheidszorg dreigt de continuïteit in de behandeling verloren te gaan. Het is de huisarts die de specialist in het ziekenhuis van het ziekte- en behandelingsverloop tot dan toe op de hoogte moet brengen, om dubbel onderzoek te voorkomen.

Met de patiënt neemt hij door wat deze in het ziekenhuis kan verwachten. Ook tijdens de opname kan de huisarts deze brugfunctie vervullen. Het bezoek aan de patiënt is daarvoor een goede gelegenheid.

In de huisartsenpraktijk is dit echter nog niet overal tot een vaste gewoonte geworden. Een niet zeer recent onderzoek maakte duidelijk dat een derde van de huisartsen wékelijks patiënten opzoekt in het ziekenhuis, dat nog eens een derde dat één à twee maal per maand doet en dat eveneens een derde deel zich daarvoor vrijwel nooit in het ziekenhuis laat zien (de Melker, 1974).

Veelal worden structurele factoren als tijdgebrek, praktijkgrootte en aantal en afstand tot de ziekenhuizen als verklaring voor gering bezoek aangevoerd. Jacobs e.a. (1979) menen dat ook persoonsgebonden factoren zoals taakopvatting van de huisarts een belangrijke rol spelen. Als een huisarts zich medeverantwoordelijk voelt voor de behandeling in het ziekenhuis en hij weinig last heeft van insufficiëntiegevoelens ten opzichte van de specialist, dan laat hij zich daar wel zien ook al ligt het ziekenhuis wat verder weg.

Wij hebben een algemene indruk willen krijgen van de bezoekgewoonten in groepspraktijken en gezondheidscentra. We beperken ons in dit hoofdstuk tot de algemene en academische ziekenhuizen. Bezoek aan patiënten in verpleegtehuizen vallen hier buiten; bezoeken in psychiatrische ziekenhuizen worden in hoofdstuk 11 behandeld.

De bezoekgewoonten verschillen aanzienlijk. Bezoekt men in de ene praktijk in de regel alle opgenomen patiënten, in een andere praktijk doet men dat in de regel niet, maar wordt de patiënt zo spoedig mogelijk na thuiskomst

bezoekt. Ook komt het voor dat men alleen naar ernstig zieke of langdurig opgenomen patiënten gaat, of alleen op verzoek van patiënten. In enkele gevallen worden bezochte patiënten nabesproken (bijvoorbeeld met de wijkverpleegkundige). Dat is vooral noodzakelijk als artsen (en eventuele wijkverpleegkundigen) om de beurt de patiënten bezoeken. In verschillende ziekenhuizen is er na afloop van het bezoek voor de huisarts gelegenheid de behandelende specialist te raadplegen.

Tabel 7.1.: Bezoek aan opgenomen patiënten in het ziekenhuis.

| Frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|-----------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| vaak | 24 | 36 | 47 | 55 | 71 | 46 |
| soms | 37 | 55 | 34 | 40 | 71 | 46 |
| zelden of nooit | 6 | 9 | 5 | 6 | 11 | 7 |
| Totaal | 67*) | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

*) Eén groepspraktijk heeft niet aan de enquête deelgenomen.

Opgenomen patiënten uit 7% van de samenwerkingsverbanden worden zelden of nooit door hun huisarts bezocht. In 46% van de gevallen bezoekt men de patiënten vaak en in evenens 46% soms. De bezoekgewoonten zijn niet gelijk bij groepspraktijken en gezondheidscentra. In 55% van de gezondheidscentra worden de patiënten vaak bezocht. Dat is bij slechts 36% van de groepspraktijken het geval.

Als we even aannemen dat patiënten meestal in dezelfde ziekenhuizen worden opgenomen als waarin de huisarts werkkontakten heeft met specialisten, dan zou het verschil in bezoekgewoonte tussen groepspraktijken en gezondheidscentra (mede) verklaard kunnen worden door het gekonstateerde verschil in afstand tot de ziekenhuizen (tabel 4.3.)

Tabel 7.2.: Verband tussen de gemiddelde afstand tot de ziekenhuizen en het bezoek aan opgenomen patiënten.

| gemiddelde afstand \ bezoek-frekwentie | bezoek-frekwentie | | Totaal |
|--|-------------------|----------------|-----------|
| | Vaak | Soms tot nooit | |
| 5 km of minder | 49 (53) | 43 (47) | 92 (100) |
| 6 km of meer | 18 (35) | 34 (65) | 52 (100) |
| Totaal | 67 (47) | 77 (53) | 144 (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages)

Van samenwerkingsverbanden in de buurt van de ziekenhuizen bezoekt ruim de helft vaak en iets minder dan de helft soms tot nooit. Bij de verder weg liggende samenwerkingsverbanden komt het frekwente bezoek minder vaak voor (35%) en het niet zo frekwente bezoek vaker (65%).

Een grotere afstand tot de ziekenhuizen hangt dus samen met een geringere frekwentie van patiëntenbezoek.

Tenslotte gaan we na of er verband bestaat tussen de totale frekwentie waarmee huisartsen vaste werkkontakten hebben, zoals we dat in 4.6. zagen, en de bezoggewoonten. We kunnen ons voorstellen dat een grotere activiteit met betrekking tot de werkkontakten en frekwenter patiëntenbezoek samen deel uitmaken van iets dat met de taakopvatting van de huisartsen te maken heeft of met een beleid dat in het samenwerkingsverband gevoerd wordt, m.b.t. deze onderwerpen.

Tabel 7.3.: Verband tussen de totale frekwentie van werkkontakten en bezoek aan opgenomen patiënten.

| bezoek- frekwentie | Vaak | Soms tot nooit | Totaal |
|---|---------|-------------------|-----------|
| totale fre- kwentie van werkkontakten | | | |
| wekelijks of vaker | 24 (57) | 18 (43) | 42 (100) |
| minder dan wekelijks | 47 (42) | 64 (58) | 111 (100) |
| Totaal | 71 (46) | 82 (54) | 153 (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages).

Vanuit samenwerkingsverbanden die minstens één maal per week een vast werkkontakt hebben met specialisten in ziekenhuizen worden in 57% van de gevallen vaak patiënten bezocht in het ziekenhuis. Dat percentage bedraagt 42% voor de samenwerkingsverbanden die minder vaak deze kontakten hebben met specialisten.

Veel werkkontakten in het ziekenhuis hangt dus samen met frekwenter patiëntenbezoek. We kunnen slechts gissen naar de verklaring. Misschien is het een kwestie van taakopvatting of van beleid van de samenwerkende huisartsen. Misschien ook dat deelname aan nascholing drempelverlagend werkt voor de huisarts. Om hier uitsluitel over te krijgen zijn gegevens nodig die op individueel nivo zijn verzameld. Deze gegevens per samenwerkingsverband als totaliteit geven weliswaar interessante aanwijzingen maar zijn voor dit doel te grof.

8. GESTANDAARDISEERDE VERWIJSBRIEVEN

Kontinuïteit in de zorg betekent bij een verwijzing dat de specialist kan doorgaan waar de huisarts was gebleven met de behandeling. De verwijsbrief is daarbij een belangrijk hulpmiddel: de huisarts verschaft daarin de specialist informatie over de patiënt en zijn aandoening, rapporteert welke behandeling met eventuele medikatie hij heeft toegepast en wat de resultaten daarvan waren en kan de specialist verzoeken de behandeling in een bepaalde richting voort te zetten. Een goede verwijsbrief, waarin geen relevante informatie is vergeten, kan best met de hand geschreven zijn. In het drukke leven van de meeste huisartsen ontbreekt de rust daarvoor, met het gevolg: een onvolledig, te summier bericht voor de specialist. In een gestandaardiseerde verwijsbrief is het raamwerk gegeven en hoeven de gegevens daarin slechts ingevuld te worden. Een voorbeeld van een verwijsbrief is in bijlage 2 opgenomen.

Tabel 8.1.: Gebruik van gestandaardiseerde verwijsbrieven.

| Gebruik | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| in de regel/ vaak | 19 | 28 | 19 | 22 | 38 | 25 |
| soms | 10 | 15 | 6 | 7 | 16 | 10 |
| nooit | 38 | 57 | 61 | 71 | 99 | 65 |
| Totaal | 67 | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

In bijna tweederde van alle groepspraktijken en gezondheidscentra wordt geen gebruik gemaakt van gestandaardiseerde verwijsbrieven. In een kwart gebeurt dat regelmatig tot vaak. Het percentage niet-gebruikers is onder de gezondheidscentra wat hoger (71%) dan onder de groepspraktijken (57%). Onder de groepspraktijken zijn er naar verhouding meer die de gestandaardiseerde verwijsbrief slechts "soms" gebruiken dan onder de gezondheidscentra (15% tegen 7%). Gebruikt men de standaardbrief in beperkte mate, dan laat men deze nogal eens achterwege bij eenvoudige verwijzingen, waarbij een korte zelf geschreven tekst voldoende is.

9. VASTE WERKKONTAKTEN MET HULPVERLENERS IN DE (AMBULANTE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG *)

Het resterende deel van dit rapport handelt over de werkrelaties van huisartsen in samenwerkingsverbanden met hulpverleners in de ambulante en intramurale geestelijke gezondheidszorg.

Men is het er over eens dat voor een groot deel van de klachten die aan de huisarts gepresenteerd worden een medische behandeling (alleen) niet voldoende is. De huisarts krijgt steeds meer te maken met psychische en sociale problematiek, al of niet met lichamelijke symptomen. De doorsnee huisarts is niet de meest aangewezen persoon hierbij hulp te bieden. Hij is er niet voldoende voor toegerust en zijn wijze van praktijkvoering geeft hem er de tijd niet voor.

Toch blijven mensen met deze problemen bij hem komen, en dat is ook helemaal niet erg, integendeel. In veel gevallen is een advies of een paar korte gesprekken voldoende om iemand weer verder te helpen; ook hier is het wenselijk dat doorstroming van patiënten naar de tweede lijn kritisch wordt beoordeeld. Er zijn echter ook gevallen die hij maar beter kan verwijzen naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Hij moet daartoe de ernst kunnen beoordelen en een idee hebben van de aard van het probleem. Besluit hij tot een verwijzing, dan moet hij ook weten waarheen. In de somatische gezondheidszorg is dat keuzeprobleem nauwelijks aanwezig. In de geestelijke gezondheidszorg is de toestand veel onoverzichtelijker, en is het des te meer zaak de weg te weten. Een groot verschil met de somatische verwijzing is de discipline grens die overschreden wordt met een GGZ-verwijzing. Met het ziekenhuis is een huisarts in zijn studie vertrouwd geraakt; de instellingen voor (A)GGZ vormen een andere wereld voor hem, waar andere werkwijzen en gewoonten heersen.

Er wordt naar gestreefd de behandeling van psychische en/of sociale problemen in de eerste lijn te verbeteren. In de huisartsenopleidingen en in het post academisch onderwijs wordt er in toenemende mate aandacht aan besteed. Interdisciplinaire samenwerkingsvormen, zoals home-teams en gezondheidscentra proberen eveneens een antwoord te geven op de geschetste ontwikkelingen. Hier en daar zijn psychologen werkzaam in de eerste lijn. Daarnaast is het gewenst dat hulpverleners in eerste en tweede lijn hun werk op elkaar afstemmen en hun bekwaamheden ten dienste van elkaar aan-

*) In dit hoofdstuk gebruikte afkortingen worden in bijlage 3 verklaard.

wenden. Bij een goed contact tussen huisarts en instelling voor (A)GGZ is de patiënt gebaat, aangezien de continuïteit in de behandeling (en daarna) daardoor verbetert. De huisarts is er echter ook bij gebaat. Op de eerste plaats leert hij daardoor de behandelingsmogelijkheden in de tweede lijn kennen, en weet hij wanneer hij het best een patiënt naar een bepaalde instelling kan verwijzen. Ten tweede kan hij er zelf wat van leren. Er zijn vormen van overleg, bijvoorbeeld de GGZ-konsultatie, waarbij dit een belangrijke doelstelling is. In de relatie tussen huisarts en hulpverleners in de (A)GGZ kunnen we globaal drie soorten communicatie onderscheiden: de algemene informatie-uitwisseling, het werkoverleg bijvoorbeeld n.a.v. aanvang of beëindiging van een behandeling van een patiënt en trainingen en konsultaties waarbij het er om gaat de bekwaamheid van de huisarts als hulpverlener te vergroten.

In een onderzoek onder Utrechtse huisartsen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg naar behandeling en verwijzing van patiënten met psychosociale problemen, vond een derde van de 59 huisartsen zich onvoldoende in staat te helpen bij niet te zware psychosociale problemen; 40% zei onvoldoende te weten van de plaatselijke (A)GGZ-instellingen. Zo'n 37% van die artsen had minimaal maandelijks enig werkoverleg met één of meer instellingen (Dronkers en Boerma, 1979).

In de Nederlandse gezondheidszorg verloopt de instroom in de tweede lijn van de somatische gezondheidszorg via de huisarts. In de toevoer naar de geestelijke gezondheidszorg heeft de huisarts een veel bescheidener rol. Uit het genoemde Utrechtse onderzoek bleek gemiddeld slechts 20 à 30% van de cliënten van (A)GGZ-instellingen op verwijzing van de huisarts gekomen te zijn. Niet verwonderlijk dus dat in het NCGV jaarverslagenonderzoek naar externe serviceverlening de huisarts (en wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende voor de (A)GGZ) bepaald niet synoniem is voor de eerste lijn (Booy en Schnabel, z.j.). Onder externe serviceverlening worden diverse werkrelaties verstaan, die qua intensiteit kunnen verschillen. Het zijn, opklimmend in intensiteit de volgende 8 activiteiten: 1. informatie en voorlichting; 2. advisering over diagnose, behandeling en verwijzing; 3. begeleiding m.b.t. samenwerking, organisatie e.d.; 4. bij- en nascholing; 5. konsultatie in engere zin; 6. supervisie; 7. werkbegeleiding en 8. detachering. Er zit voor de huisarts die wat wil voldoende bij.

Helaas echter dat het niet bij iedere instelling te halen is. Slechts 10% bijvoorbeeld doet aan na- en bijscholing, 29% geeft informatie en voorlichting (71% dus niet!), 15% adviseert over diagnose, behandeling of verwijzing en 22% doet aan consultatie in engere zin. (Die consultatie is voor 13% op huisartsen gericht, voor 16% op maatschappelijk werkers, 12% op wijkverpleegkundigen en voor 59% op anderen in de eerste lijn). 12% van de 76 onderzochte instellingen doet niets aan externe serviceverlening (Booy en Schnabel, z.j.). Het ligt dus niet aan de huisartsen alleen dat de samenwerking met de GGZ hier en daar te wensen over laat.

In dit hoofdstuk gaan we na, wat er zoals aan vaste werkkontakten is tussen groepspraktijken en gezondheidscentra en hulpverleners in de tweede lijn van de GGZ, met welke frequentie ze plaatsvinden en door wie er aan deelgenomen wordt en hoe ver men ervoor moet reizen. Vervolgens kijken we naar de inrichtingen en ambulante instellingen waarnaar doorgaans verwezen wordt, of er contact is bij opname en ontslag en of men opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen of afdelingen psychiatrie van algemene ziekenhuizen bezoekt.

Wanneer we gemakshalve spreken over "instellingen", bedoelen we ook de vrij gevestigde psychiater en psycholoog.

9.1. Het voorkomen van de diverse werkkontakten

In de inleiding van dit hoofdstuk zagen we al dat een groot deel van de externe service, en dat zijn de werkkontakten vanuit de GGZ-instellingen gezien, op anderen in de eerste lijn dan de huisarts is gericht. Nu kijken we vanuit de positie van de huisarts: hoeveel van die service wordt er door hem (in het samenwerkingsverband) afgenomen.

Tabel 9.1.: Vormen van vaste werkkontakten met hulpverleners in de (A)GGZ, en frekwentie van voorkomen in groepspraktijken en gezondheidscentra.

| Soort kontakt *) | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------|------------------|----|-------------------|----|--------|----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| patiëntenbespreking | 17 | 25 | 31 | 36 | 48 | 31 |
| konsultatie | 9 | 13 | 11 | 13 | 20 | 13 |
| training en scholing | 7 | 10 | 8 | 9 | 15 | 10 |
| overige | 3 | 4 | 4 | 5 | 7 | 5 |

*) Samenwerkingsverbanden met meerdere soorten werkkontakten zijn in meerdere categorieën meegeteld.

De meest voorkomende manier waarop men in samenwerkingsverbanden regelmatig met GGZ-hulpverleners in contact komt is de patiëntenbespreking. Deze treffen we in gezondheidscentra duidelijk vaker aan dan in groepspraktijken (36% tegen 25%). Konsultatie en training & scholing komen met een veel geringere frekwentie voor, en in groepspraktijken en gezondheidscentra in ongeveer gelijke mate. Anders dan bij de somatische gezondheidszorg hebben we hier niet zo'n algemeen voorkomend contact als nascholing, waaraan door 86% van de samenwerkingsverbanden wordt deelgenomen (zie tabel 3.1.). Als we bedenken dat de meeste GGZ-kontakten plaatsvinden tussen hulpverleners van verschillende disciplines, dan is het niet verwonderlijk dat er weinig sprake is van nascholing; hoewel steeds meer wordt ingezien dat de huisarts een taak heeft in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, gaat het in feite om een ander vakgebied.

Tabel 9.2.: Aantal verschillende soorten GGZ-werkkontakten per samenwerkingsverband.

| Aantal soorten kontakten | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|--------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| geen | 37 | 55 | 39 | 45 | 76 | 50 |
| 1 | 25 | 37 | 35 | 41 | 60 | 39 |
| 2 | 4 | 6 | 11 | 13 | 15 | 10 |
| 3 of meer | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Totaal | 67*) | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

*) Eén groepspraktijk heeft niet deelgenomen aan de enquête.

Procentueel hebben meer gezondheidscentra dan groepspraktijken vaste werkkontakten met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg; respectievelijk 55% en 45%. In de meeste gevallen, rond de 40%, is er één zo'n kontakt. Twee kontakten komt bij gezondheidscentra wat vaker (13%) voor dan bij groepspraktijken (6%). Een aantal van 3 of meer behoort tot de uitzonderingen.

Gezondheidscentra hebben dus vaker vaste werkkontakten en ook iets meer verschillende dan groepspraktijken. Hoewel het verschil niet erg groot is, is het toch opmerkelijk. In gezondheidscentra bestaat immers een gestructureerde samenwerking met het maatschappelijk werk; in een aantal groepspraktijken is ook van een dergelijke samenwerking sprake, maar niet in alle.

De vraag is wat de aanwezigheid van het maatschappelijk werk in samenwerkingsverbanden betekent voor de relatie met de tweedelijns gezondheidszorg. Met het hier voorhanden materiaal kunnen we daar geen definitieve uitspraken over doen. Door de aanwezigheid van een maatschappelijk werker zou meer psychosociale problematiek in de eerste lijn behandeld kunnen worden waardoor het aantal verwijzingen naar de GGZ afneemt. Mogelijk leidt meer zelf behandelen tot een grotere behoefte aan overleg met de hulpverleners in de tweede lijn. Ook is het mogelijk dat de aanwezigheid van het maatschappelijk werk leidt tot meer aandacht voor en betere organisatie van de psychosociale zorg in een samenwerkingsverband, met als gevolg meer gestructureerd kontakt met de tweede lijn.

We hebben hier gekeken naar werkkontakten die buiten de verwijskontakten om plaatsvinden. Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen de aanwezigheid van maatschappelijk werkers en kontakten met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg is nader onderzoek gewenst, waarbij ook gekeken wordt naar het aantal verwijzingen.

83% van de groepspraktijken en 74% van de gezondheidscentra met vaste werkkontakten, hebben die door slechts één soort kontakt. Nu kan men één soort kontakt met meerdere instellingen hebben; dat komt echter maar in 11% van de gevallen voor. Verreweg het meest heeft men een bepaald werkkontakt met maar één instelling of vrij gevestigde hulpverlener.

Minder dan in de somatische gezondheidszorg ligt de GGZ vanzelfsprekend in het verlengde van de behandeling van de huisarts. Tegen de achtergrond van het betrekkelijk geringe aantal vaste werkkontakten (of het grote aantal samenwerkingsverbanden dat die kontakten niet heeft) is het interessant te weten of men naar de (A)GGZ verwijst, en zo ja, hoe er gebruik van gemaakt wordt. We proberen hier een indruk van te geven door de opgave van het aantal (A)GGZ-instellingen waarnaar doorgaans verwezen wordt. We volstaan hier met de tweedeling in ambulante en klinische instanties.

Tabel 9.3.: Aantal klinische (intramurale) instellingen voor GGZ waar men naar verwijst.

| Aantal instellingen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| klinisch: geen | 7 ^{*)} | 10 | 10 ^{*)} | 12 | 17 | 11 |
| 1 of 2 | 36 | 54 | 39 | 45 | 75 | 49 |
| 3 of 4 | 20 | 30 | 31 | 36 | 51 | 33 |
| 5 of meer | 4 | 6 | 6 | 7 | 10 | 7 |
| Totaal | 67^{**)} | 100 | 86 | 100 | 153 | 100 |

*) Meestal gevallen waarin psychiatrische opnamen via GGD of SPD verlopen m.n. in de grote steden.

***) Eén groepspraktijk heeft niet deelgenomen aan de enquête.

Tabel 9.4.: Aantal ambulante (extramurale) instellingen voor GGZ waar naar verwezen wordt.

| Aantal instellingen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| ambulant: geen | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 1 of 2 | 23 | 34 | 27 | 32 | 50 | 33 |
| 3 of 4 | 26 | 39 | 34 | 41 | 60 | 40 |
| 5 of meer | 16 | 24 | 22 | 26 | 38 | 25 |
| Totaal | 67 | 100 | 84*) | 100 | 151 | 100 |

*) In twee gevallen is het aantal niet bekend.

Dat men er niet mee te maken krijgt kan niet als argument gelden voor het feit dat er niet meer vaste werkkontakten zijn met de (A)GGZ. Alle groepspraktijken en gezondheidscentra verwijzen òf naar klinische of naar ambulante instellingen. In bijna de helft van de gevallen wordt naar 1 of 2 (psychiatrische) ziekenhuizen verwezen; in één derde naar 3 of 4. De ambulante instellingen zijn talrijker (al is er hier en daar al sprake van samengaan), hetgeen er toe bijdraagt dat het aantal verwijsadressen per samenwerkingsverband wat groter is: één derde verwijst naar één of twee instellingen, 40% naar 3 of 4. Er zijn geen opvallende verschillen tussen groepspraktijken en gezondheidscentra.

9.2. Patiëntenbesprekingen

Patiëntenbesprekingen kunnen in verschillende vormen plaatsvinden. Het onderwerp is altijd één of meer patiënten die men verwezen heeft of die al in behandeling zijn bij de betreffende instelling. Het kan gaan in de vorm van een teambespreking waar een hulpverlener uit de tweede lijn bij aanwezig is, en dan is de bijeenkomst doorgaans in de praktijk of het centrum; soms ook is het een intakegesprek waarbij behalve de patiënt de huisarts en de tweede lijns hulpverlener aanwezig zijn. Patiëntenbesprekingen worden in kleine kring gehouden; dat wil zeggen dat er alleen direkt betrokkenen bij aanwezig zijn. De patiëntenbespreking kan vanuit de instelling bijgewoond worden door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV), psychiaters, maatschappelijk werkenden, gerieters en andere therapeuten.

Tabel 9.5.: GGZ-instellingen waarmee patiëntenbesprekingen gehouden worden.

| Instellingen | Groepspraktijken | Gezondheidscentra | Totaal |
|--|------------------|-------------------|--------|
| SPD | 12 | 16 | 28 |
| GGZ-buro ^{*)} | - | 7 | 7 |
| Psycholoog (vrij ge- vest.) | 1 | 2 | 3 |
| Psychiater vrij ge- vest.) | - | 2 | 2 |
| SPD + LMOB | - | 2 | 2 |
| SPD + psy- chiatrische polikliniek | 2 | 1 | 3 |
| overige ^{**)} | 2 | 1 | 3 |
| Totaal | 17 | 31 | 48 |

^{*)} dit zijn de op een aantal plaatsen bestaande overkoepelende instellingen voor GGZ, waarin meestal SPD, MOB en LGV zijn samen gegaan.

^{**)} bij de groepspraktijken: CAD en LMOB; bij de gezondheidscentra: Sociaal Pedagogische Dienst.

(Voor verklaring van afkortingen: zie bijlage 3).

Zonder de SPD geen patiëntenbespreking. Op enkele uitzonderingen na worden de patiëntenbesprekingen met de SPD gehouden (in de GGZ-buro's zit een belangrijke SPD-functie). De verscheidenheid aan instellingen is bij gezondheidscentra wat groter dan bij groepspraktijken.

Tabel 9.6.: Frekventie waarmee patiëntenbesprekingen plaatsvinden met GGZ-instellingen.

| Frekventie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|-----------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1x per 2 à 4 maanden | 6 | 35 | 8 | 26 | 14 | 29 |
| 1x per maand | 4 | 24 | 19 | 61 | 23 | 48 |
| 2x per maand of vaker | 7 | 41 | 4 | 13 | 11 | 23 |
| Totaal | 17 | 100 | 31 | 100 | 48 | 100 |

Bijna de helft van alle patiëntenbesprekingen wordt maandelijks gehouden. Gezondheidscentra zitten met 61% boven dit gemiddelde en groepspraktijken met 24% (maar het aantal is maar klein) er onder. In 7 groepspraktijken (41%) en 4 gezondheidscentra (13%) zijn deze bijeenkomsten twee maal in de maand of vaker, en in 6 groepspraktijken (35%) en 8 gezondheidscentra (26%) eens per 2 tot 4 maanden.

Tabel 9.7.: Deelnemers aan patiëntenbesprekingen met GGZ-instellingen.

| Deelnemers *) | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|---------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| huisarts(en) | 11 | 65 | 7 | 23 | 18 | 38 |
| ha + wv | - | - | 2 | 6 | 2 | 4 |
| ha + mw | 2 | 12 | 4 | 13 | 6 | 13 |
| ha + wv + mw of hele team | 4 | 24 | 18 | 58 | 22 | 46 |
| Totaal | 17 | 100 | 31 | 100 | 48 | 100 |

*) (ha = huisarts; wv = wijkverpleegkundige; mw = maatschappelijk werkende).

Deze tabel laat het verschil tussen beide samenwerkingsvormen mooi zien: in groepspraktijken zijn de huisartsen (allemaal of gedeeltelijk) meestal

de enige deelnemers aan dit overleg en in gezondheidscentra doen meestal de 3 kerndisciplines of het hele team daar aan mee. Overigens is in een kwart van de groepspraktijken ook het hele (home) team daarbij aanwezig (in één geval zelfs inclusief de fysiotherapeut). Opmerkelijk is dat in 9 van de 31 gezondheidscentra geen melding wordt gemaakt van de aanwezigheid van een maatschappelijk werkende bij patiëntenbesprekingen met de (A)GGZ.

Aangezien patiëntenbesprekingen nogal eens "thuis" gehouden worden, zegt de afstand tot de instelling die er aan meewerkt niet zo veel. We weten dan alleen hoeveel er gereisd moet worden, maar niet of dat tot de externe serviceverlening van de instelling gerekend moet worden of tot de werkbelasting van de andere deelnemers. Hoe dan ook, erg grote afstanden hoeft men er niet voor af te leggen; 13 van de 17 groepspraktijken en 20 van de 31 gezondheidscentra zitten in dezelfde plaats of niet verder dan 5 km van de participerende instelling. Tussen de 6 en de 10 kilometer zitten 2 groepspraktijken en 5 gezondheidscentra en tussen 11 en 20 kilometer in beide 2. Er zijn enkele gezondheidscentra die nog verder weg zitten.

9.3. Konsultatie

"Konsultatie is een vorm van overleg waarbij de konsultatievrager een aktueel onopgelost werkprobleem voorlegt aan een konsultatiegever, die bepaalde kennis en ervaring op een zodanige wijze ter beschikking stelt, dat de konsultatievrager weer verder kan". Van Ravenzwaaij geeft deze definitie in de bundel bij de Boerhaavekursus over samenwerking in de eerste lijn (november 1980). De omschrijving laat in het midden op wie of wat de konsultatie gericht is. Deze kan gaan over een patiënt waar de huisarts niet goed raad mee weet, maar ook over de rolopvatting van deze huisarts als hulpverlener, over de wijze waarop hij praktijk voert of over zijn werkomgeving en de veranderingen die zich daarin voltrekken. De taakvervulling van de huisarts kan in de psychosociale konsultatie dus even goed onderwerp van gesprek zijn als het probleem van de patiënt. Frankenberg noemt in dezelfde bundel een viertal doelen van de konsultatie: 1. hulp bij het aktuele probleem (de huisarts moet verder kunnen met zijn hulpverlening); 2. leren over de aanpak in dergelijke gevallen; 3. de eigen mogelijkheden en beperkingen gaan zien (hetgeen een goede manier van verwijzen kan bevorderen); 4. verbetering van de samenwerking tussen GGZ en

huisarts (Frankenberg, 1980). Het is niet waarschijnlijk dat minder gemotiveerde huisartsen hier snel tot deze vorm van konsultatie zullen overgaan. Ook gemotiveerden zullen er niet altijd de tijd voor weten vrij te maken. Psychosociale konsultatie "volgens de regels" komt onder huisartsen dan ook waarschijnlijk niet veel voor. Slechts 9 groepspraktijken en 11 gezondheidscentra melden deze activiteit, en dan nog zijn we er niet zeker van dat het gaat zoals wij hierboven omschreven hebben. Er zijn variaties in intensiteit mogelijk.

Doorgaans is er maar één instelling waarmee men konsultatie heeft. Er zijn drie uitzonderingen: één groepspraktijk en één gezondheidscentrum konsulteren twee instellingen (SPD en LMOB), één gezondheidscentrum konsulteert er vier (SPD, IMP, Psychiatrisch Ziekenhuis en een vrij gevestigde psycholoog). Hiernaast worden SPD en GGZ buro (wederom) het meest genoemd (4 maal ieder); psychiatrisch ziekenhuis wordt drie maal genoemd, vrij gevestigde psycholoog en LMOB twee maal en vrij gevestigde psychiater en MOB ieder één keer. Twee groepspraktijken hebben de konsultatiebijeenkomsten in het kader van een projekt. Het zijn de praktijken in Capelle aan de IJssel (Projekt SPEECH) en Eindhoven Willemstraat van de Philips Medische Dienst (Konsultatieprojekt Eindhoven). Voor de meeste van de 20 samenwerkingsverbanden is konsultatie een maandelijkse activiteit (5 groepspraktijken en 7 gezondheidscentra). Eén groepspraktijk doet het minder frekwent (+ 2x per jaar); de rest (3 groepspraktijken en 4 gezondheidscentra) doet het een maal in de één à twee weken.

Van de groepspraktijken zijn in zes gevallen alle artsen bij de konsultatie aanwezig en in twee gevallen een deel van de artsen. Een maal is ook het maatschappelijk werk vertegenwoordigd.

Bij de gezondheidscentra is vijf maal tenminste het kernteam aanwezig, eventueel aangevuld met andere disciplines. In twee gevallen zijn alleen de artsen erbij; twee maal artsen en wijkverpleegkundige(n) en eveneens twee maal artsen en maatschappelijk werkende(n).

8 gezondheidscentra en 5 groepspraktijken konsulteren instellingen ter plaatse of althans vlakbij; voor 3 gezondheidscentra en 1 groepspraktijk ligt de te konsulteren instelling tussen 6 en 10 kilometer, en voor 3 groepspraktijken tussen 11 en 20 kilometer verwijderd.

9.4. Training en scholing

Bijeenkomsten voor training en scholing zijn niet in de eerste plaats bedoeld om huisartsen met een bepaald geval verder te helpen, maar om in het algemeen de deskundigheid bij het onderkennen, behandelen en verwijzen van psychosociale problematiek te vergroten. In welke vorm dat gebeurt en op welke schaal is van situatie tot situatie verschillend. Zo zitten er in deze categorie enkele nascholingskontakten psychiatrie, meestal gehouden in een (psychiatrisch) ziekenhuis en voor alle huisartsen vrij toegankelijk, maar ook bijeenkomsten in praktijk of centrum waarin een psychiater of psycholoog een verhandeling geeft over een bepaald thema. Soms gaan de besprekingen over de hulpverleningsmethodiek. In één samenwerkingsverband doen huisartsen nu en dan mee als co-therapeut bij een hulpverlener van een AGGZ-instelling.

Slechts 5 groepspraktijken en 8 gezondheidscentra maken melding van training en scholing door hulpverleners en instellingen in de (A)GGZ. Het psychiatrisch ziekenhuis wordt daarbij het meest genoemd, zeven maal. Met psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis is 4 maal en met SPD's twee maal een scholingskontakt en met een MOB en een CAD één maal. (Het totaal komt boven de 13 uit: één groepspraktijk noemde twee psychiatrische ziekenhuizen en een gezondheidscentrum noemde één psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en één psychiatrisch ziekenhuis).

De frekwentie van deze bijeenkomsten is in 6 gevallen eens in de één tot twee maanden, met een accent op de maandelijkse bijeenkomst. Driemaal is de frekwentie hoger, en vier maal is de frekwentie lager.

Vanuit de groepspraktijken wordt er uitsluitend door huisartsen aan deelgenomen; meestal gaan ze er niet gezamenlijk naar toe. Van de 8 gezondheidscentra zijn er vier waarbij alleen artsen deelnemen, één waarbij het hele team meedoet en drie waarbij artsen en wijkverpleegkundige(n) dan wel artsen en maatschappelijk werkende(n) tot de deelnemers behoren. De afstand van centrum of praktijk tot de instelling die de bijeenkomst verzorgt bedraagt in geen geval meer dan 10 kilometer.

9.5. Overige kontakten

Er resteren nog 7 regelmatige werkkontakten; 3 bij de groepspraktijken en 4 bij de gezondheidscentra. In deze categorie zijn opgenomen: werkoverleg

en evaluatie van samenwerking, een informele bijeenkomst, overleg in verband met een samen uit te voeren projekt (bijvoorbeeld een projekt Ontwenning Medicijnen, samen met het CAD), en een algemene bijeenkomst georganiseerd door een GGZ-buro voor alle huisartsen in een bepaalde plaats. Het werkoverleg vindt meestal eens in de 1 à 2 maanden plaats met GGZ-buro, SPD, MOB of vrij gevestigde psycholoog. De artsen zijn daarbij aanwezig; in één geval ook de wijkverpleegkundige. Bij de maandelijkse bijeenkomsten van het ontwenningsprojekt is steeds het hele team aanwezig. Eén gezondheidscentrum heeft maandelijks informeel overleg met een GGZ-buro. De artsen uit één groepspraktijk gaan eens in de twee maanden naar een bijeenkomst van de SPD voor alle huisartsen uit die plaats. Op één na zijn bovengenoemde kontakten binnen een afstand van 5 kilometer.

9.6. Deelname aan de diverse vaste werkkontakten samen

Tabel 9.8.: Deelname aan de diverse werkkontakten met (A)GGZ-instellingen samen.

| Totale frekwentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1x per 2 maanden of minder | 8 | 27 | 10 | 21 | 18 | 23 |
| 1x per maand | 10 | 33 | 22 | 47 | 32 | 42 |
| 2 à 4x per maand | 12 | 40 | 15 | 32 | 27 | 35 |
| Totaal | 30 | 100 | 47 | 100 | 77 | 100 |

40% van de groepspraktijken en 32% van de gezondheidscentra heeft wekelijks of twee-wekelijks een bijeenkomst met één of meer hulpverleners in de (A)GGZ. Een derde van de groepspraktijken en iets minder dan de helft van de gezondheidscentra heeft maandelijks dergelijke activiteiten. Bij 27% van de groepspraktijken en 21% van de gezondheidscentra is die frekwentie nog lager, n.l. eens per twee maanden tot enkele keren per jaar.

In de volgende tabel gaan we na of samenwerkingsverbanden in dichter bevolkte gebieden een hogere deelnamefrekwentie hebben dan die op het (ver-

stedelijkte) platteland. Het aanbod van GGZ-voorzieningen is in de dichtbevolkte gebieden groter en diverser dan op het platteland. Dit zou kunnen leiden tot meer GGZ-verwijzingen en meer vaste werkkontakten.

Tabel 9.9.: Verband tussen urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van samenwerkingsverbanden en de deelname aan diverse werkkontakten met (A)GGZ-instellingen.

| urbanisatie- graad \ kontakten- frequentie | 1x per 2 maanden of minder vaak | | 1x per maand of vaker | | Totaal | |
|--|---------------------------------|------|-----------------------|------|--------|-------|
| | (verstedelijkt) platteland | 6 | (29) | 15 | (71) | 21 |
| forensengemeenten en kleine steden | 4 | (14) | 25 | (86) | 29 | (100) |
| grote steden | 8 | (30) | 19 | (70) | 27 | (100) |
| Totaal | 18 | (23) | 59 | (77) | 77 | (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages).

Samenwerkingsverbanden in forensengemeenten en kleine steden zijn wat drukker met hun vaste GGZ-werkkontakten dan elders gevestigde samenwerkingsverbanden: 86% heeft minstens 1x per maand een bijeenkomst. Voor platteland en grote steden liggen de percentages vrijwel gelijk: ongeveer 70% heeft minstens maandelijks contact en ongeveer 30% twee-maandelijks of minder vaak. Het veronderstelde verband tussen urbanisatiegraad en frequentie van kontakten is dus geheel afwezig.

Een andere vraag betreft het verband tussen deelname aan werkkontakten met medisch specialisten, zoals behandeld in hoofdstuk 4, en die met de hulpverleners in de tweedelijns GGZ.

Hangt een hoge kontaktfrequentie met specialisten samen met een eveneens hoge kontaktfrequentie met de GGZ.

In tabel 9.10. brengen we de totale deelnamefrequentie aan beide soorten werkkontakten met elkaar in verband. De klassen in de tabel zijn (horizontaal en vertikaal) verschillend, aangezien de deelname frequentie aan

"somatische" kontakten i.h.a. beduidend hoger ligt dan aan GGZ-kontakten.

Tabel 9.10.: Verband tussen deelname aan kontakten met medisch specialisten en deelname aan kontakten met de GGZ.

| GGZ-kontakten \ "somatische" kontakten | Tenminste 2x per maand (vaak) | | Hoogstens 1x per maand (niet vaak) | | Totaal | |
|--|-------------------------------|------|------------------------------------|------|--------|-------|
| | tenminste 1x per mnd (vaak) | 34 | (58) | 25 | (42) | 59 |
| hoogstens 2x per mnd (niet vaak) | 55 | (59) | 39 | (41) | 94 | (100) |
| Totaal | 89 | (58) | 64 | (42) | 153 | (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages).

We vinden geen verband tussen deelname aan GGZ-kontakten en die met medisch specialisten. In samenwerkingsverbanden waarin men actief deelneemt aan nascholingsbijeenkomsten in ziekenhuizen, diagnostiekbijeenkomsten e.d. heeft men in het algemeen niet vaker patiëntenbesprekingen, consultatie e.d. met de tweedelijns GGZ. Het zijn kennelijk duidelijk verschillende (gescheiden) zaken.

9.7. Teams met een psycholoog

Per 1 januari 1980 werkten er in 6 gezondheidscentra 7 (part-time) psychologen. In 2 groepspraktijken bestaat een samenwerking met een psycholoog en in één met een agoog. In totaal zijn er dus 9 samenwerkingsverbanden met "GGZ-deskundigheid" in huis. De vraag is of ze zich onderscheiden in het aantal werkkontakten met de tweede lijn (A)GGZ. Het is goed denkbaar dat een psycholoog (of agoog) in de praktijk de behoefte aan vaste werkkontakten met diverse instellingen vermindert. Patiëntenbespreking, consultatie, training en scholing kunnen in principe intern gehouden worden. Dit heeft het grote voordeel dat de hulpverlener bijzonder goed op de hoogte kan zijn van de teamverhoudingen en van de situatie in de praktijk. Geen van de 6 gezondheidscentra met een psycholoog in het team heeft vaste werkkontakten met de (A)GGZ. Ter vergelijking: 55% van alle gezondheidscentra heeft tenminste één zo'n kontakt.

Van de 3 bedoelde groepspraktijken heeft er één een maandelijkse patiëntenbespreking met de SPD en hebben beide anderen geen vaste contacten. Hierbij moeten we voorzichtig zijn: het criterium voor samenwerking met een psycholoog is bij de groepspraktijken onduidelijk, zodat het ook kan voorkomen dat er groepspraktijken zijn die samenwerking met een psycholoog als een regelmatig werkkontakt hebben opgevoerd.

Niettemin lijkt de aanwezigheid van een psycholoog in het team samen te gaan met minder werkkontakten met instellingen voor (A)GGZ.

9.8. Samenvatting

Hoewel bijna alle samenwerkingsverbanden patiënten naar de (A)GGZ verwijzen, heeft slechts de helft daar regelmatige werkkontakten mee; gezondheidscentra wat meer dan groepspraktijken.

De meest voorkomende vorm is de patiëntenbespreking, die we bij 25% van de groepspraktijken en 36% van de gezondheidscentra aantreffen. Daarnaast zijn er nog de bijeenkomsten voor consultatie en die voor training en scholing. Per samenwerkingsverband is er meestal van niet meer dan één soort contact sprake.

Verreweg de belangrijkste partners bij de patiëntenbespreking zijn de SPD en het GGZ-buro. Bij ongeveer de helft is de bespreking maandelijks, bij bijna een kwart vaker en bij ruim een kwart minder vaak. In gezondheidscentra neemt meestal het hele kernteam er aan deel; in groepspraktijken de huisartsen.

Waar aan consultatie gedaan wordt, gebeurt dat doorgaans met één instelling. Ook hier worden SPD en GGZ-buro het meest genoemd. De frequentie is in de regel maandelijks.

Voor training en scholing heeft men het meest contact met een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De bijeenkomsten zijn meestal eens in de 1 à 2 maanden.

Tellen we alle contacten bij elkaar, dan heeft ongeveer een derde van de betreffende samenwerkingsverbanden eens in de 1 à 2 weken een bijeenkomst met hulpverleners in de (A)GGZ; 42% heeft die maandelijks en bijna een kwart nog minder vaak.

We vonden geen verband tussen de totale contactfrequentie en de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats. Evenmin bleek er een samenhang tussen de contactfrequentie met de (A)GGZ en die met de medisch specialisten.

Samenwerkingsverbanden met een psycholoog hebben minder werkkontakten met de (A)GGZ dan gemiddeld.

10. KONTAKTEN MET DE (A)GGZ IN VERBAND MET VERWIJZINGEN

Naast kontakten door patiëntenbespreking, konsultatie, training en scholing heeft een huisarts ook mogelijkheden van contact bij een verwijzing van een patiënt, tijdens de behandeling en na beëindiging daarvan. Hoewel er dan van een persoonlijk contact sprake kan zijn, blijft de kommunikatie vaak beperkt tot een schriftelijke of telefonische uitwisseling. Bij een verwijzing wordt in veel gevallen een brief gestuurd of meegegeven, die weleens telefonisch wordt toegelicht. Het komt weinig voor dat de huisarts bij de opname of intake aanwezig is. Tijdens de behandeling zijn de kontakten zeer spaarzaam. Bij ontslag na een klinische behandeling volgt in de regel een ontslagbericht, waarin beëindiging van de opname wordt meegedeeld en eventueel hoe de nazorg geregeld is. Na enige tijd volgt een rapport waarin verslag gedaan wordt van de behandeling. Deze rapporten zijn erg verschillend wat betreft de informatieve waarde voor de huisarts. Huisartsen klagen ook wel over het lange uitblijven van het rapport. Soms wordt dat alleen verstuurd nadat erom verzocht is. Incidenteel vindt nabespreking plaats met de huisarts. Ook na een ambulante behandeling wordt vaak een rapport toegezonden, ook al is het geen regel en zijn de instellingen kennelijk nogal wisselvallig in dit opzicht. Rapporten verschillen sterk in details en uitgebreidheid. Soms wordt er vanuit de instelling een mondelinge toelichting gegeven. Verwijskontakten lopen niet altijd rechtstreeks. Het komt voor dat verwijzingen naar psychiatrische ziekenhuizen als regel via de SPD lopen en die naar de ambulante instellingen via het maatschappelijk werk. Resumerend kunnen we opmerken dat de kontakten bij verwijzing, zo ze al rechtstreeks plaatsvinden met de betreffende instelling, vaak erg summier en onpersoonlijk zijn. De kontakten na afloop van de behandeling zijn erg verschillend, afhankelijk van de kwaliteit van het rapport en de mogelijkheid van een mondelinge toelichting. Vaak blijft persoonlijk contact hierbij toch achterwege.

Exakte gegevens over de aard van de kontakten rond verwijzing en beëindiging van de behandeling hebben we niet verzameld. Wel weten we dat er in de meeste gevallen dan sprake is van enig contact, hoe beperkt misschien ook. Met hoeveel instellingen dit soort (regelmatig terugkerende) verwijskontakten plaatsvinden zien we in onderstaande tabellen. Achtereenvolgens bekijken we het aantal psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, alsmede de diverse ambu-

lante instellingen waarnaar per samenwerkingsverband verwezen wordt. Daarmee krijgen we een indruk van het gebruik dat van de GGZ gemaakt wordt.

Tabel 10.1.: Aantal psychiatrische ziekenhuizen per samenwerkingsverband waarnaar patiënten verwezen worden.

| Aantal psychiatrische ziekenhuizen | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 22 | 45 | 45 | 64 | 67 | 56 |
| 2 | 21 | 43 | 13 | 19 | 34 | 29 |
| 3 of meer | 6 | 12 | 12 | 17 | 18 | 15 |
| Totaal | 49 | 100 | 70 | 100 | 119 | 100 |

In 11 groepspraktijken en 8 gezondheidscentra wordt niet naar psychiatrische ziekenhuizen verwezen. Nog eens 7 groepspraktijken en 8 gezondheidscentra verwijzen daar wel naar toe, maar niet rechtstreeks, zodat het aantal psychiatrische ziekenhuizen niet bekend is; ook deze samenwerkingsverbanden staan niet in de tabel.

Er zijn meer gezondheidscentra dan groepspraktijken die naar één psychiatrisch ziekenhuis verwijzen; de percentages zijn 64 en 45. In de categorie naar twee ziekenhuizen is de verhouding omgekeerd: 43% groepspraktijken en 19% gezondheidscentra. Naar meer dan 2 psychiatrische ziekenhuizen wordt weinig verwezen.

Tabel 10.2.: Aantal algemene en academische ziekenhuizen waar patiënten naar verwezen worden t.b.v. de psychiatrische afdeling.

| Aantal | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|-----------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| 1 | 24 | 53 | 36 | 63 | 60 | 59 |
| 2 | 18 | 40 | 13 | 23 | 31 | 30 |
| 3 of meer | 3 | 7 | 8 | 14 | 11 | 11 |
| Totaal | 45 | 100 | 57 | 100 | 102 | 100 |

15 groepspraktijken en 22 gezondheidscentra verwijzen niet naar deze psychiatrische afdelingen. 7 groepspraktijken en 7 gezondheidscentra verwijzen er indirect naar, bijvoorbeeld via de SPD. Het merendeel verwijst naar een psychiatrische afdeling in één ziekenhuis, respectievelijk 53 en 63%. Naar twee ziekenhuizen is dat 40 en 31%. Naar 3 of meer psychiatrische afdelingen verwijst 7% van de groepspraktijken en 14% van de gezondheidscentra.

Tabel 10.3.: Instellingen voor Ambulante Geestelijke
Gezondheidszorg waar naar verwezen wordt.

| Instellingen | Samenwerkingsverbanden die er naar verwijzen | |
|---------------------------------|--|------|
| | aantal | % *) |
| SPD | 101 | 66 |
| CAD | 76 | 50 |
| MOB | 71 | 46 |
| LGV | 45 | 29 |
| Dagcentrum/ poli-psychiatrie | 45 | 29 |
| IMP | 41 | 27 |
| GGZ-buro | 38 | 25 |
| Rutgershuis | 24 | 16 |
| JPD | 10 | 7 |
| vrij gevestigde | 10 | 7 |
| overige | 27 | 18 |

*) % van het totaal aantal samenwerkingsverbanden (N = 153); één groepspraktijk heeft niet aan de enquête deelgenomen.

Op 3 samenwerkingsverbanden na, verwijzen ze allemaal naar instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Op de eerste plaats staat de Sociaal Psychiatrische Dienst, waar twee van de drie samenwerkingsverbanden gebruik van maakt. Opmerkelijk is de tweede plaats voor een kategorale instelling als het Consultatieburo voor Alcohol en Drugs, waar de helft verwijscontact mee heeft. Ook het MOB neemt met 46% een belangrijke plaats in. Iets minder vaak worden genoemd het buro voor Levens-

en Gezinsvragen; het dagcentrum of de psychiatrische polikliniek, het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie en het Buro voor Geestelijke Gezondheidszorg (waarin meestal SPD, MOB en LGV zijn samen gegaan). 16% van de samenwerkingsverbanden (alle boven de grote rivieren) verwijst naar het Rutgershuis, 7% naar de Jeugd Psychiatrische Dienst en eveneens 7% naar een vrij gevestigd psychiater of psycholoog. Tot de overige instellingen behoren de Sociaal Geriatische Dienst, het Krisiscentrum, de Sociaal Pedagogische Dienst, Release, FIOM en enkele regionale instellingen voor hulp bij ongewenste zwangerschap.

11. BEZOEK AAN OPGENOMEN PATIENTEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

In tegenstelling tot algemene ziekenhuizen liggen psychiatrische ziekenhuizen minder in de bevolkingscentra. In veel gevallen betekent dat een grotere afstand tussen praktijk en te bezoeken patiënt. Zoals we zullen zien is dat een faktor die de bezoekfrequentie beïnvloedt. Andere factoren, waarover we hier helaas geen gegevens hebben, zijn de taakopvatting van de huisarts met betrekking tot psychische problemen en de vreemdheid van psychiatrische instellingen voor de huisarts. Wij beperken ons tot structurele variabele afstand tot het psychiatrisch ziekenhuis. Eerst geven we echter een beeld van de bezoekgewoonten in het algemeen.

Tabel 11.1.: Bezoekgewoonten met betrekking tot opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen.

| Bezoekfrequentie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|-------------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| vaak/in de regelsoms | 4 | 6 | 14 | 16 | 18 | 12 |
| sommige psych. ziekenhuizen*) | 16 | 24 | 24 | 28 | 40 | 27 |
| nooit | 12 | 18 | 19 | 22 | 31 | 20 |
| | 35 | 52 | 28 | 33 | 63 | 41 |
| Totaal | 67**) | 100 | 85 | 100 | 152 | 100 |

*) Afhankelijk van de afstand tot de ziekenhuizen worden patiënten bezocht variërend van meestal tot soms tot nooit.

***) Eén groepspraktijk heeft niet aan de enquête deelgenomen.

In 52% van de groepspraktijken en 33% van de gezondheidscentra wordt niet aan patiëntenbezoek gedaan in psychiatrische ziekenhuizen. Geregeld patiëntenbezoek komt niet zo vaak voor: bij de groepspraktijken in 6% en bij de gezondheidscentra in 16% van de gevallen. Ook in de tussenliggende categorieën met minder frequent bezoek zijn de percentages bij de gezondheidscentra iets hoger. In het algemeen mogen we vaststellen dat psychiatrische patiënten van huisartsen in gezondheidscentra vaker bezocht worden dan van huisartsen in groepspraktijken. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat groepspraktijken i.h.a. verder verwijderd zijn van psy-

chiatrische ziekenhuizen dan gezondheidscentra. We komen daar zo op terug. Er zijn nogal wat variaties mogelijk in de bezoekgewoonten. Het meest eenvoudig zijn de gevallen waarin één lijn wordt getrokken: ongeacht de afstand en het aantal ziekenhuizen wordt er nooit of vaak bezocht. Meestal echter ligt het genuanceerder: de nabij gelegen ziekenhuizen worden wel bezocht (vaak of soms) en de verder weg gelegen niet, of alleen nu en dan. Het kan dus voorkomen dat van de 6 ziekenhuizen er twee vaak bezocht worden, één soms en de resterende 3 nooit. We hebben per categorie (vaak, soms, nooit) en per samenwerkingsverband de gemiddelde afstand berekend, zodat we van elke categorieën frekwentieverdeling hebben van afstandskores. Het aantal skores is groter dan het aantal samenwerkingsverbanden; immers per geval is meer dan één skore mogelijk (hoogstens 3). Dat is geen probleem, want het gaat hier niet om de gevallen maar om de categorieën vaak, soms en nooit.

Tabel 11.2: Samenhang tussen afstand tot psychiatrische ziekenhuizen en bezoek aan patiënten die er zijn opgenomen.

| bezoek- gewoonte afstand | Meestal | Soms | Nooit | Totaal |
|--------------------------------|---------|---------|---------|-----------|
| tot 10 km | 37 (41) | 30 (33) | 23 (26) | 90 (100) |
| meer dan 10 km | 6 (7) | 19 (22) | 61 (71) | 86 (100) |
| Totaal | 43 (24) | 49 (28) | 84 (48) | 176 (100) |

(Tussen haakjes staan de rijpercentages).

Er blijkt een duidelijk verband te zijn tussen de af te leggen afstand en de bezoekfrekwentie aan patiënten in psychiatrische ziekenhuizen.

In ziekenhuizen tot 10 kilometer worden in 41% van de gevallen de patiënten bezocht, en in 26% nooit. In verder wegliggende ziekenhuizen zijn die percentages respektievelijk 7 en 71.

Het is mogelijk dat er een interactie-effekt is tussen deze variabele en andere, bijvoorbeeld taakopvatting. Een huisarts die het tot zijn taak rekent opgenomen patiënten te bezoeken kan proberen verwijzingen zoveel mogelijk in de buurt te realiseren. Als deze speculatie juist zou zijn, dan is het aantal van 37 (41%) in de eerste cel van de bovenste rij geflatteerd. We hebben de gegevens niet om hier een uitspraak te doen.

12. DISKUSSIE

We hebben verschillende aspecten in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn geïnterpreteerd, beschreven en geanalyseerd. Er is veel, vooral kwantitatief materiaal uit de interviews gekomen, waarmee we een globaal antwoord hebben op de vraag naar de aard en de omvang van de samenwerking tussen huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra en hulpverleners in de tweede lijn.

We vonden enkele interessante dingen, hoewel niet allemaal nieuw (bijvoorbeeld de invloed van de afstand op het bezoek aan opgenomen patiënten). Zo blijken huisartsen selectief te werk te gaan in hun werkkontakten met de tweede lijn. Zowel bij de nascholing als bij het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen doen ze, ongeacht het aanbod, doorgaans slechts "zaken" met een beperkt aantal ziekenhuizen. Ook met betrekking tot de G.G.Z. vonden we in dat opzicht geen verschil tussen de grote steden, waar het aanbod groter en diverser is en het (verstedelijkte) platteland. De vraag is hier dus geen functie van het aanbod. Huisartsen lijken behoefte te hebben aan het werken met en in overzichtelijke eenheden.

Interessant is ook dat het hebben van veel werkkontakten met medisch specialisten niet samengaat met eveneens veel kontakten met de G.G.Z. Het is dus te simpel om een tweedeling te maken tussen huisartsen die actief zijn in relatie tot de tweede lijn en huisartsen die dat minder zijn. Wellicht zijn er verschillende motieven voor werkrelaties met de somatische en met de geestelijke gezondheidszorg. Dit zou nader onderzocht moeten worden.

Een overigens bewust gekozen handicap van dit onderzoek is het waarnemings- en analyzenivo: de huisartsen van het samenwerkingsverband. De voor de hand liggende vergelijking met anders samenwerkende of solistisch werkende huisartsen is hierdoor in feite onmogelijk. Voor zo'n vergelijking dient het materiaal per individuele hulpverlener verzameld en geordend te worden.

Andere vragen die zich opdringen hebben betrekking op de inhoud van de samenwerking. Welke betekenis moeten we aan de verschillende kontakten toekennen. Wat is bijvoorbeeld de waarde van een nascholingskontakt vergeleken met een diagnostiekbijeenkomst. We raken hier aan de vooronderstelling dat het, terwille van de continuïteit in de zorg, gewenst is dat

eerste en tweede lijn een goede werkrelatie hebben. Het is echter maar de vraag in hoeverre veelvuldige werkkontakten zoals hier beschreven ook bijdragen tot een dergelijke relatie. Om daar achter te komen zouden de bijeenkomsten inhoudelijk bekeken en mogelijke effecten geëvalueerd dienen te worden. Met name de invloed op het verwijsgedrag vraagt hier aandacht: wordt er als gevolg van een goede werkrelatie minder of juist meer verwezen, of beter (wat men daar dan ook onder wil verstaan).

Een vraagstelling zou ook toegespitst kunnen zijn op de motieven van huisartsen om niet deel te nemen aan bepaalde activiteiten en wel aan andere (bijvoorbeeld die met de G.G.Z. tegenover die met medisch specialisten). Welke factoren zijn daarbij van structurele aard en welke persoonsgebonden. Deze laatste kunnen van belang zijn in het kader van een interkollegiale toetsing.

Een andere kwestie betreft de taakverdeling in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Het is niet duidelijk waar de grens ligt tussen het terrein van de huisarts en dat van de maatschappelijk werker, en wie de kontakten met de tweede lijn verzorgt. Hoewel er in bijna alle gevallen naar verwezen wordt, hebben huisartsen lang niet altijd geregelde werkkontakten met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In dit onderzoek wordt niet helemaal duidelijk in hoeverre dit gecompenseerd wordt door kontakten via het maatschappelijk werk. Vergelijking met huisartsen die niet met maatschappelijk werkers samenwerken zou dit kunnen verhelderen.

Een opmerking tot slot. Door de ruime aandacht voor samenwerking met meer gespecialiseerde hulpverleners kan de indruk gewekt worden dat de huisarts deze nodig heeft omdat hij als hulpverlener tekort schiet. Dat is niet het geval. Het profijt van samenwerking geldt evenzeer de partners in de tweede lijn. Bovendien staat nog niet vast dat deze vormen van samenwerking een voorwaarde zijn voor een goed functioneren als hulpverlener.

LITERATUUR

- Bensing, Jozien; Rob Kluver; Hannie Schut; Peter Verhaak -
Konsultatieproject Eindhoeven, eindevaluatie, N.H.I., Utrecht, 1980
- Booy, Frank en Paul Schnabel - Externe serviceverlening door de AGGZ aan de
eerste lijn. Een jaarverslagenonderzoek. NCGV-reeks nr. 12, z.j.
- Dopheide, J.P. en J. van der Zee - Over verwijscijfers en diagnostische
faciliteiten voor huisartsen. Medisch Contact, 1980, 29
- Dronkers, Johan en Wienke Boerma - Psychosociale hulpverlening in de eerste
en tweede lijn. Utrecht, 1979.
- Eijk, J.Th.M. van - Verschillen in praktijkvoering van huisartsen. Medisch
Contact, 1979, 31
- Frankenberg, W. - Psychosociale consultatie. In: bundel bij Boerhaavekursus
"Methoden van samenwerking in de ELGZ". Leiden, 1980.
- Grijn, Dirk van der en Dirk Wijkkel - Interimrapport Evaluatie Experiment
Diagnostisch Centrum Oudenrijn. NHI/NZI, Utrecht, 1981
- Horikx, M.J. - Taakverdeling eerste en tweede echelon. Medisch Contact, 1979, 24
- Hosman, C.M.H. en J.H. Swarte - Aan het front van het psychisch gezondheids-
werk (deel I en II). Nijmegen, 1973
- Jacobs, H.M., F.W.M.M. Touw-Otten en R.A. de Melker - Taakopvatting en zie-
kenhuisbezoek, Huisarts & Wetenschap, 1979, 22
- Kruidenier, H.J. - Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijspatroon. Inzet, 1975
- Londen, J. van en S.P. Bangma - De ambulante geestelijke gezondheidszorg in
reconstructie, M.G.V. 4, 1981
- Melker, R.A. de - Knelpunten in de samenwerking huisarts-specialist Medisch
Contact, 1974, 29
- Melker, R.A. de - Het diagnostisch centrum, brug tussen ziekenhuiszorg en
thuiszorg. Medisch Contact, 1979, 28
- NCGV - Gids Geestelijke Gezondheidszorg 1981, Utrecht, 1981
- Ravenzwaaij, J.F. van - Konsultatie en konsultatieproblemen. In: bundel bij
Boerhaavekursus "Methoden van samenwerking in de ELGZ". Leiden, 1980
- Tielens, V.C.L. - Huisarts en specialist in dienst van de patiënt. Medisch
Contact, 1979, 29
- Verhaak, Peter - Evaluatie SPEECH, eindrapportage. N.H.I., Utrecht, 1979

BIJLAGE I: ENKELE KERNCIJFERS BETREFFENDE GROEPSPRAKTIJKEN EN GEZONDHEIDSCENTRA.

Per 1 januari 1980, de peildatum van dit onderzoek, waren er in Nederland 68 groepspraktijken en 86 gezondheidscentra. Een groepspraktijk is een samenwerkingsverband van tenminste 3 huisartsen met gemeenschappelijke huisvesting; in een gezondheidscentrum zijn tenminste de 3 volgende disciplines gemeenschappelijk gehuisvest: huisartsgeneeskunde, wijkverpleegkunde en maatschappelijk werk. Een team in een gezondheidscentrum kan verder nog bestaan uit onder meer fysiotherapeut(en), verloskundige(n), gezins- en bejaardenverzorgende(n), tandarts(en) en apotheker(s). In onderstaande tabel is een aantal basisgegevens met betrekking tot huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra samengevat.

Tabel 1: Aantal groepspraktijken en gezondheidscentra naar het aantal huisartsen dat er werkzaam is en het aantal huisartsen per 1 januari 1980.

| Aantal huisartsen per team | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | aantal praktijken | aantal artsen | aantal praktijken | aantal artsen | aantal praktijken | aantal artsen |
| 1 | - | - | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 2 | - | - | 31 | 62 | 31 | 62 |
| 3 | 46 | 138 | 18 | 54 | 64 | 192 |
| 4 | 15 | 60 | 18 | 72 | 33 | 132 |
| 5 | 6 | 30 | 8 | 40 | 14 | 70 |
| 6 of meer | 1 | 8 | 7 | 47 | 8 | 55 |
| Totaal | 68 | 236 | 86 | 279 | 154 | 515 |

Groepspraktijken en gezondheidscentra zijn ongelijk verspreid over Nederland. Er zijn veel gezondheidscentra in de randstad en weinig in het noorden; groepspraktijken vinden we veel in Noord Brabant. Huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra vormen ongeveer 10% van het totale aantal Nederlandse huisartsen.

Onderstaande tabel laat de geografische spreiding zien van de samenwerkingsverbanden alsmede het percentage huisartsen dat daarin werkzaam is.

Tabel 2: Aantal groepspraktijken en gezondheidscentra per provincie en het percentage huisartsen dat daarin werkzaam is, per januari 1980.

| Provincie | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|------------------|------------------|--|-------------------|--|-------------|--|
| | aan- tal | % huis- artsen van het totaal*) | aan- tal | % huis- artsen van het totaal*) | aan- tal | % huis- artsen van het totaal*) |
| Groningen | 2 | 3.1 | 1 | 1.8 | 3 | 4.9 |
| Friesland | 2 | 3.3 | 1 | 2.5 | 3 | 5.8 |
| Drente | 2 | 3.4 | 4 | 8.1 | 6 | 11.5 |
| Overijssel | 7 | 7.3 | 4 | 4.1 | 11 | 11.4 |
| Gelderland | 8 | 3.9 | 8 | 3.4 | 16 | 7.3 |
| Flevo- landen | - | - | 6 | 92.0 | 6 | 92.0 |
| Utrecht | 10 | 10.2 | 8 | 7.5 | 18 | 17.7 |
| N.Holland | 10 | 4.1 | 18 | 4.9 | 28 | 9.0 |
| Z.Holland | 5 | 1.5 | 19 | 6.7 | 24 | 8.2 |
| Zeeland | - | - | 1 | 2.2 | 1 | 2.2 |
| N.Brabant | 16 | 7.3 | 7 | 2.5 | 23 | 9.8 |
| Limburg | 6 | 5.0 | 9 | 7.3 | 15 | 12.3 |
| Nederland | 68 | 4.4 | 86 | 5.3 | 154 | 9.7 |

*) Bron: NHI "Cijfers uit de huisartsenregistratie".

Een laatste kerngetal van de samenwerkingsverbanden is de urbanisatiegraad van de plaats van vestiging. Door samenvoeging hebben wij de CBS categorieën tot een zestal gereduceerd: plattelandsgemeenten (CBS: A1-A4), verstedelijkt plattelandsgemeenten (B1 en B2), forensengemeenten (B3), kleine steden (C1-C3), grote steden (C4 en C5), en de 3 grootste steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag.

Tabel 3: Groepspraktijken en gezondheidscentra naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats per 1 januari 1980.

| Urbanisatiegraad | Groepspraktijken | | Gezondheidscentra | | Totaal | |
|----------------------------------|------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
| | aantal | % | aantal | % | aantal | % |
| platteland | 4 | 6 | 5 | 6 | 9 | 6 |
| verstedelijkt platteland | 21 | 31 | 10 | 12 | 31 | 20 |
| forensengemeenten | 7 | 10 | 19 | 22 | 26 | 17 |
| kleine steden | 15 | 22 | 14 | 16 | 29 | 19 |
| grote steden | 18 | 26 | 22 | 26 | 40 | 26 |
| Amsterdam, Rotterdam en Den Haag | 3 | 5 | 16 | 19 | 19 | 12 |
| Totaal | 68 | 100 | 86 | 100 | 154 | 100 |

Groepspraktijken en gezondheidscentra komen in gelijke mate voor op het platteland en in de grote steden. De overige categorieën geven verschillen te zien. De groepspraktijk is duidelijk beter vertegenwoordigd op het verstedelijkt platteland en in de kleine steden, zij het in iets mindere mate. In de forensengemeenten en de 3 grootste steden treffen we daarentegen naar verhouding meer gezondheidscentra aan.

Voor uitgebreider cijfermateriaal verwijzen we naar de serie "Cijfers over Samenwerking", waarin regelmatig de meest recente cijfers uit het NHI-registratiesysteem van groepspraktijken en gezondheidscentra worden gepubliceerd.

BIJLAGE 2: **VOORBEELD VAN EEN GESTANDAARDISEERDE VERWIJSBRIEF**
 (Model van de Commissie Praktijkvoering NHG, 1977)

| | betreft | huisarts |
|--|----------|----------|
| Naam | naam: | |
| Adres | adres: | |
| Plaats | geboren: | |
| Tel. | beroep: | |
| | Aan: | |
| | Datum | |
| Geachte Collega, | | |
| Bovengenoemde patiënt werd heden naar U verwezen | | |
| Huidige klachten | | |
| Anamnese | | |
| Onderzoek | | |
| id. elders | | |
| Diagnose | | |
| Reeds ingestelde therapie | | |
| Sociale en psychische factoren | | |
| Gaarne Uw oordeel en advies/overname van de behandeling. | | |
| Met collegiale hoogachting, | | |

BIJLAGE 3: VERKLARING VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEKNOPTTE TYPERING VAN DE MEEST VOOKOMENDE INSTELLINGEN OP HET GEBIED VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

(Bron: Gids Geestelijke Gezondheidszorg 1981)

- GGZ** : Geestelijke Gezondheidszorg.
Een algemene term waarmee het geheel van (therapeutische) voorzieningen wordt aangeduid die gericht zijn op het voorkomen, begeleiden en behandelen van psychosociale problematiek, psychiatrische stoornissen e.d. Ze omvat zowel de intramurale (klinische) zorg als de extramurale (ambulante) zorg.
- AGGZ** : Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.
Dat deel van de GGZ waarbij cliënten ter behandeling niet klinisch zijn opgenomen. Voorbeelden: SPD, MOB, LGV. In deze studie rekenen we ook de poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen tot de ambulante zorg.
- SPD** : Sociaal Psychiatrische Dienst (aantal ± 100).
Begeleidt en behandelt personen met psychiatrische, psychische en sociale problemen in, en waar mogelijk met het eigen leefmilieu. Integrale aanpak met aandacht voor zowel biologische als psychologische en sociale aspecten van de klacht.
Soms zijn er afdelingen voor jongeren (J.P.D. - Jeugdpsychiatrische Dienst) en ouderen (SGD - Sociaal Geriatrische Dienst).
- MOB** : Medisch-Opvoedkundig Buro (aantal ± 100).
Hulp aan het in psychische nood verkerende kind en zijn omgeving. Leeren en opvoedingsproblemen, gedragsmoeilijkheden en psychosomatische klachten.
- LGV** : Buro voor levens- en gezinsvragen (aantal: 65).
Hulp bij relatieproblemen en/of moeilijkheden bij maatschappelijk functioneren. Nadruk op zelf-werkzaamheid. Omgeving bij behandeling betrokken.
- LMOB** : Combinatie van LGV-buro en MOB.
- IMP** : Instituut voor multidisciplinaire (ook wel: medische) psychotherapie. (aantal: 20).
Psychotherapie voor problemen van allerlei aard, zoals angst- en spanningsreacties, gevoelskonflikten, relatiekonflikten.
- CAD** : Consultatieburo voor alcohol en drugs (aantal: 18 + dependances).
Hulpverlening bij problematisch gebruik van alcohol en drugs; vaak gepaard gaande met psychosociale problemen.
- GGZ-buro**: Buro of instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hierin zijn meestal SPD, LGV en MOB samen gegaan.
- Poli psychiatrie**: Polikliniek van psychiatrische ziekenhuizen (50) en van afdelingen psychiatrie van algemene ziekenhuizen.
Behandeling van psychosociale en psychische klachten waarbij opname niet nodig of ongewenst is. Soms als nazorg na een opname.
- Rutgershuis**: Aantal 40. Konsultatieburo's voor geboorteregeling en seksualiteit.
In (grote) steden ook psychosociale hulpverlening.

FIOM : Organisaties voor hulpverlening bij zwangerschap en alleenstaand ouderschap. Er zijn 23 buro's, 14 tehuizen en 24 begeleide huisvestingsprojecten.

Dagcentrum: (Ook wel dagkliniek, dagziekenhuis etc.). Tussenvoorziening die alleen overdag hulp biedt. Behandeling ook part-time mogelijk.
Ter voorkoming van klinische opname als ambulante zorg onvoldoende is of als nabehandeling.

Crisiscentrum: Lenigen van akute nood. Kortdurend contact. Daarna óf weer op eigen benen staan of doorverwezen.

PAAZ : Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Hulp bij psychiatrische verschijnselen en problemen, ernstige psychosomatische aandoeningen en/of psychiatrische stoornissen. Behandeling gericht op korte opnameduur van 2 à 3 maanden. Ook wel gedwongen opname. Kleinere behandelcapaciteit dan psychiatrisch ziekenhuis.

Psychiatrisch ziekenhuis: (aantal: ± 70).

Langdurige behandeling, ook revalidatie. Opname niet altijd vrijwillig.