Studies naar samenwerking 11

Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken

W.G.W. Boerma
Mei 1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Tel. 030 31 99 46

De reeks 'Studies naar Samenwerking' bestaat uit onderzoeksrapporten over bepaalde aspecten van samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is er de serie 'Cijfers over Samenwerking' waarin jaarlijks statistische overzichten worden gepubliceerd uit de registratiesystemen van gezondheidscentra en home-teams.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Boerma, W.G.W.

Het werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken / W.G.W. Boerma - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL.
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-049-8
SISO 604.2 UDC 331.107.1:614.23
Trefw.: werkoverleg ; huisartsen ; gezondheidscentra / werkoverleg ; huisartsen ; groepspraktijken.

Researchassistentie: M. Duister
Typewerk : M. van Geelkerken-van Wijk
Vormgeving : M. Cornelius

INHOUDSOPGAVE pag.

VOORWOORD III

SAMENVATTING EN CONCLUSIES 1
- Samenvatting van de resultaten 1
- Conclusies 5

1. INLEIDING 9

2. VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK 14
   2.1. De vraagstelling 14
   2.2. Omschrijving van enkele begrippen 16
   2.3. Opzet van het onderzoek 17

3. ONDERZOEKSPOPULATIE EN RESPONS 18
   3.1. Aangeschreven huisartsen 18
   3.2. De respons 19
   3.3. Representatitiviteit en betrouwbaarheid 19

4. VOLUME EN PARTNERS 23
   4.1. Het totale tijdsbeslag 24
   4.2. Vormen van overleg 31
   4.3. Overlegpartners van de huisarts 35

5. OVERLEG INHOUDELIJK 42
   5.1. Gemiddelde tijdsbesteding per overlegsoort 43
   5.2. Patiëntenoverleg 45
   5.3. Organisatorisch overleg 50
   5.4. Overleg over het functioneren van de samenwerking 56
   5.5. Na- en bijscholing 60
   5.6. Onderlinge toetsing 64
   5.7. Informeel overleg 65
   5.8. Ad hoc overleg 71

LITERATUUR 74

BIJLAGE 1: Enquêteformulier met toelichting
BIJLAGE 2: Overzicht van tabellen en grafieken

VOORWOORD

In dit boekje wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het werkoverleg dat huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken hebben en dat werd uitgevoerd in het kader van het project Registratie en Onderzoek van Samenwerkingserbanden.
Bij het bestuderen van het overleg tussen hulpverleners kan men verscheidene invalshoeken kiezen. De interesse kan bijvoorbeeld uitgaan naar de aard van het overleg en in dat verband naar de frequentie en tijdsduur. Een andere mogelijkheid is te kijken naar de partners van de huisarts in dat overleg; is dat er één of meer tegelijk en om welke disciplines gaat het dan. Tenslotte kan men ook nog per discipline nagaan hoeveel en wat voor soort overleg huisartsen daarmee hebben.
Al deze benaderingen kunt U in dit rapport terugvinden.
Om de lezer de draad niet te laten verliezen is de informatie hier en daar overlappend gepresenteerd; bewuste doublures derhalve.
Dit onderzoeksrapport geeft inzicht in belangrijke aspecten van de samenwerking en verschillen daarin bij huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Ter vergelijking worden uit andere onderzoekingen gegevens vermeld betreffende huisartsen in solo- en duopraktijken.
Met de voor deze studie verzamelde gegevens zal een vervolgonderzoek worden gedaan naar verbanden tussen aard en omvang van het overleg en verwijs- en opnamecijfers van de huisartsen.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Samenwerking tussen hulpverleners kan qua diepgang variëren van een beperkte regeling van organisatorische zaken tot een intensieve wederzijdse beïnvloeding van de beroepsuitoefening.
Overleg is een onmisbaar element in de samenwerking; het kan plaats hebben tussen twee of meer hulpverleners van eenzelfde, van twee of van meer dan twee disciplines.
In dit onderzoek onderscheiden we de volgende overlegvormen: patiëntenoverleg (over actuele problematiek van patiënten/cliënten), organisatorisch overleg (over taakverdeling, beheerszaken, het regelen van informatie-overdracht en waarneming), overleg over het functioneren (ter evaluatie van procedurele afspraken en andere aspecten van de samenwerking), na- en bijscholing (besprekingen over een thema of algemene problematiek), onderlinge toetsing (toetsen van het medisch handelen van de huisarts aan de hand van expliciete criteria door collega-huisartsen), informeel overleg (tijdens informeel samenzijn, zoals koffie- en theepauzes). De aandacht is in deze studie vooral gericht op het reguliere overleg, dat met een vaste regelmaat wordt gehouden. Over ad hoc overleg zijn summier gegevens verzameld.
Het onderzoek wil antwoord geven op de vragen in hoeverre de verschillende vormen van overleg zich voordoen bij huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken, hoeveel tijd daaraan besteed wordt, wie de overlegpartners daarbij zijn en met welke factoren variatie in resultaten samenhangt. Ter vergelijking zijn uit een ander onderzoek gegevens over andere praktijkvormen (duo- en solopraktijken) toegevoegd.
De respons van het onderzoek is goed: 85%.

Samenvatting van de resultaten

Alles bij elkaar geteld zijn huisartsen in gezondheidscentra per maand gemiddeld zo'n 26 uur kwijt aan diverse vormen van geregeld overleg, en hun collega's in groepspraktijken ruim 19 uur. De spreiding rond deze gemiddelden is aanzienlijk. In gezondheidscentra bijvoorbeeld heeft een kwart meer dan 33 uur overleg in de maand en 10% hooguit 12 uur. In groepspraktijken komt bijna eenderde niet boven de 12 uur en zit 10% boven 33 uren. Huisartsen in duopraktijken zijn

wat hun **overlegtijd** betreft vergelijkbaar met collega's in groepspraktijken; solisten hebben veel minder overleg, namelijk gemiddeld ruim acht uur. Vergelijking met onderzoeksgegevens uit 1978 wijst op een toename van de overlegtijd van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra die vooral gezocht moet worden in het monodisciplinaire overleg.
In gezondheidscentra zowel als groepspraktijken heeft een grote meerderheid van de huisartsen zowel mono- als bidisciplinair overleg. Beide samenwerkingsvormen verschillen echter duidelijk wat betreft het **multidisciplinair** overleg, dat vrijwel alle huisartsen in gezondheidscentra opgeven, en slechts ruim de helft in groepspraktijken.
Ook de urenbesteding, onderscheiden naar de deelname van andere disciplines, geeft een aanzienlijk verschil te zien: in groepspraktijken is ruim tweederde van de overlegtijd monodisciplinair en 10% multidisciplinair. In gezondheidscentra is 40% mono- en eenderde multidisciplinair.
In gezondheidscentra hebben bijna alle huisartsen geregeld overleg met collega-huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Ook de fysiotherapeut is een zeer belangrijk **overlegpartner**. In groepspraktijken komt het overleg met collega's vrijwel algemeen voor. Met wijkverpleging en maatschappelijk werk heeft tweederde van de artsen daar contact en met de fysiotherapie ruim de helft. Op de vijfde plaats komt in beide samenwerkingsvormen de apotheker. Met de gezinsverzorging heeft een minderheid regelmatig overleg.
Ook als we kijken naar de tijd dat de verschillende disciplines in overleg gezien worden, komt een soortgelijk beeld naar voren.

Kijken we naar de inhoud van het overleg dan komt het **patiëntenoverleg** (in kwantitatieve zin) als belangrijkste naar voren. Zo goed als alle huisartsen in gezondheidscentra hebben dit overleg; ze besteden er gemiddeld bijna 10 uur per maand aan. In groepspraktijken, waar 87% van de huisartsen patiëntenoverleg heeft, gaat daar gemiddeld ruim 8 uur per maand in zitten. In gezondheidscentra zijn wijkverpleging en maatschappelijk werk voor bijna alle huisartsen partner in het patiëntenoverleg. Collega-huisartsen en fysiotherapeuten zijn in driekwart van de gevallen bij patiëntenoverleg betrokken. Het aantal uren voor deze disciplines ontloopt elkaar niet veel en ligt rond de vier uren. In groepspraktijken worden collega-huisartsen, wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie door ruim de helft genoemd als partner in het patiëntenoverleg. Het aantal uren

dat hieraan besteed wordt met collega's overtreft dat met andere disciplines echter verre.

Organisatorisch overleg hebben ongeveer dezelfde aantallen huisartsen als patiëntenoverleg. Het aantal uren is hier echter beduidend minder: ongeveer 5 uren in gezondheidscentra en ruim $4^1/_2$ in groepspraktijken. Vergeleken met het patiëntenoverleg ligt hier de nadruk meer op het monodisciplinair overleg; dit geldt vooral voor huisartsen in groepspraktijken. Organisatorisch overleg wordt in het algemeen wat minder vaak gehouden dan patiëntenoverleg.

Over het **functioneren** van de samenwerking wordt door een duidelijk kleiner deel van de huisartsen overleg gevoerd: respectievelijk 78% en 60%. De tijdsduur ligt met bijna $3^1/_2$ en bijna $2^1/_2$ uur ook onder het gemiddelde van beide eerder genoemde overlegvormen. In groepspraktijken wordt dit overleg ook weer vaker monodisciplinair en weinig multidisciplinair gevoerd vergeleken met gezondheidscentra.

Partners in dit overleg zijn voor huisartsen in gezondheidscentra primair wijkverpleging en maatschappelijk werk, gevolgd door collega-huisartsen, gevolgd door fysiotherapeuten; voor huisartsen in groepspraktijken komen hier collega's op de eerste plaats, gevolgd door wijkverpleging en maatschappelijk werk.

Informeel overleg wordt door het merendeel van de huisartsen in gezondheidscentra zowel als in groepspraktijken belangrijk of zeer belangrijk gevonden.

Gezien het aantal huisartsen dat hierbij betrokken is en de tijd die eraan besteed wordt neemt dit overleg een belangrijke plaats in; in gezondheidscentra heeft 91% van de huisartsen informeel overleg waaraan gemiddeld bijna 6 uur tijd wordt besteed per maand en in groepspraktijken heeft 85% gemiddeld ongeveer $4^1/_2$ uur informeel overleg. Huisartsen in groepspraktijken hebben voornamelijk onder elkaar (dat wil zeggen monodisciplinair) informeel overleg; in gezondheidscentra is ook het multidisciplinair informeel overleg van betekenis, waarbij (bijna per definitie) wijkverpleging en maatschappelijk werk weer veel worden getroffen en in mindere mate fysiotherapeuten.

Ruim tweederde van de huisartsen in gezondheidscentra en ruim de helft in groepspraktijken maakt melding van geregelde bijeenkomsten voor **na- en bijscholing,** waaraan ze gemiddeld $2^1/_2$ en 3 uren per maand kwijt zijn. In beide samenwerkingsvormen ligt het accent op de monodisciplinaire vorm. Aan na- en bijscholingsbijeenkomsten nemen ook nogal eens huisartsen van buiten het samenwerkingsverband deel (bijvoorbeeld uit de waarneemgroep).

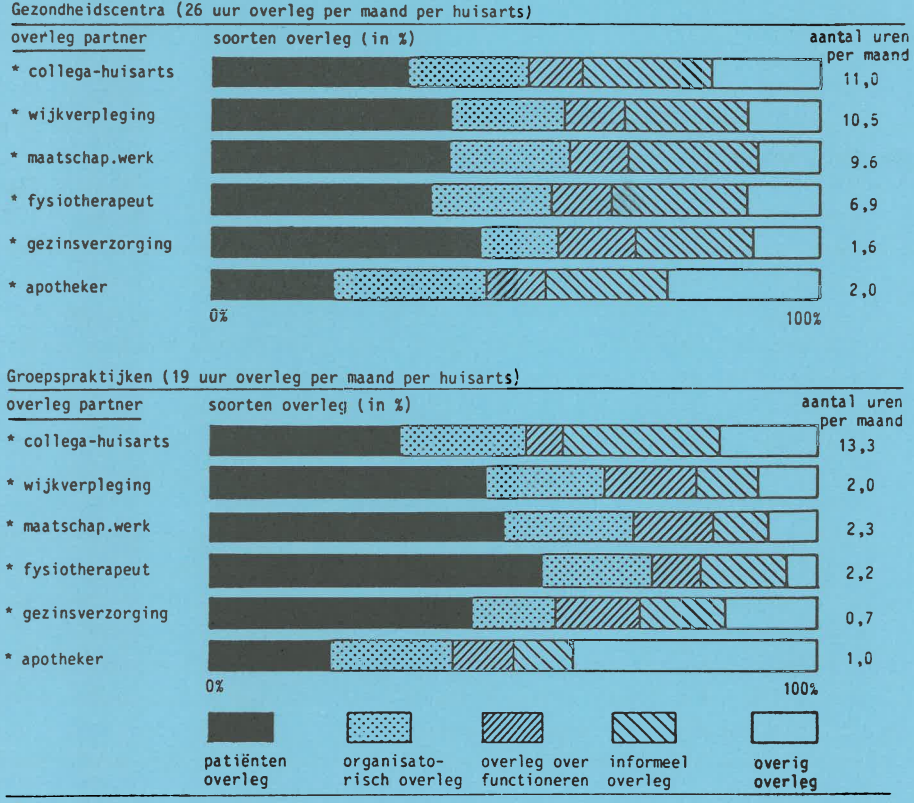
Dat geldt ook voor **onderlinge toetsing;** een betrekkelijk klein deel

(29% en 19%) van de huisartsen heeft regelmatige vergaderingen met dit doel. Gemiddelde tijdsbesteding in groepspraktijken is hoger (ruim $3^1/_2$ uur) dan in gezondheidscentra (bijna $2^1/_2$ uur).

Ad hoc overleg neemt, naast het geregeld overleg, een belangrijke plaats in. Ruim een kwart van de huisartsen consulteert tenminste eens per dag een collega in het team; meer dan de helft doet dat minimaal enkele keren per week. Ongeveer de helft van de ad hoc contacten is bidisciplinair.

Onderstaande **resumerende figuur** geeft gemiddelden over eerder genoemde aard en omvang van het overleg uitgesplitst per discipline die de huisarts daarbij ontmoet. (Overleg met meerdere disciplines tegelijkertijd wordt in dat overzicht bij meerdere disciplines meegeteld; genoemde uren per disciplines, geheel rechts in de figuur, leiden bij sommering dan ook tot dubbeltellingen).

Figuur: Overzicht van de hoeveelheid geregeld overleg naar aard van het overleg en deelnemende discipline



- Het informele overleg neemt met 20% van de totale overlegtijd (in gezondheidscentra vijf uur en in groepspraktijken zo'n vier uur per maand per huisarts) een belangrijke plaats in. Huisartsen kennen er een belangrijke rol aan toe. Welke functie dit informele overleg vervult is niet geheel duidelijk en het zal van plaats tot plaats waarschijnlijk ook zeer verschillen. Het ziet er in elk geval niet naar uit dat het in de plaats komt van ander geregeld overleg. Gezien de vaste regelmaat hoort het bij het geregeld overleg zoals we dat hebben onderscheiden; inhoudelijk kan het ook gezien worden als een vorm van ad hoc overleg. De samenhang tussen ad hoc overleg en informeel overleg die we in gezondheidscentra niet en in groepspraktijken wel vonden wijst op een verschillende functie. In groepspraktijken zouden informele contacten een voorwaarde kunnen zijn voor frequenter ad hoc overleg. In gezondheidscentra, waar de bekendheid met elkaar al door de gemeenschappelijke huisvestiging gegeven is, vervult het informele contact **deze** voorwaardenscheppende functie niet. In verhouding tot het geregelde overleg is het ad hoc overleg in groepspraktijken overigens van meer betekenis dan in gezondheidscentra.

- Het betitelen van praktijkvormen als mono- of multidisciplinair is betrekkelijk. Huisartsen in een monodisciplinaire samenwerkingsvorm als de groepspraktijk blijken heel wat overleg met andere disciplines te hebben. Ook de solistisch werkende huisarts blijkt dikwijls geen echte solist (meer) te zijn. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn in dit opzicht gradueel. Toch drukt de gemeenschappelijke huisvesting een duidelijke stempel op het overlegpatroon. Huisartsen die solistisch gevestigd zitten, hebben het minst overleg; bij duo- en groepspraktijken overheerst het monodisciplinaire overleg; en in gezondheidscentra wordt tweederde van het overleg met andere disciplines gehouden. De ruimtelijke nabijheid van hulpverleners hangt dus samen met meer overleg en meer divers overleg. Zo hangt het overleg met fysiotherapie, gezinsverzorging en apothekers in gezondheidscentra zeer sterk af van het al of niet deel uitmaken van deze disciplines van een centrum. Waar dat niet het geval is, blijkt het overlegpatroon met **deze** disciplines veel te lijken op dat in groepspraktijken.

- Huisartsen in dienstverband hebben meer overleg, vooral meer organisatorisch overleg, dan de andere huisartsen. Het kan zijn dat er in die organisatorisch wat complexere centra noodgedwongen meer organisatorische taken door huisartsen gedaan (moeten) worden, of

dat in die centra meer teamleden bij de besluitvorming zijn betrokken. Het feit echter dat huisartsen in dienstverbandcentra bijvoorbeeld ook meer patiëntenoverleg en na- en bijscholingstijd noteren zou ook op een wat andere werkwijze kunnen duiden. En uit ander onderzoek weten we dat de patiëntenparticipatie in dienstverbandcentra in het algemeen meer voorstelt dan elders; en dat vergt ook tijd van de betreffende huisartsen.

- We vonden geen verband tussen de hoeveelheid overleg van de huisarts en het feit dat de overige twee kerndisciplines een afgestemd werkgebied hebben of praktijkgebonden werken. Verklaring kan in twee richtingen gaan: Afgestemde werkgebieden zouden tot meer bi- en multidisciplinair overleg kunnen leiden, omdat er meer grond (dat wil zeggen, gemeenschappelijke patiënten/cliënten) is voor het uitwisselen van gegevens. Anderzijds zou het ook kunnen zijn dat het ontbreken van afstemming veel overleg met verschillende hulpverleners nodig maakt. Voorlopig ontbreekt ons nog de kennis over de praktische betekenis van het werken in afgestemde gebieden of het praktijkgebonden werken.

1. INLEIDING

Een van de belangrijkste drijfveren voor samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg is waarschijnlijk het groeiend besef van de complexiteit van de hulpvraag.
Overheid en betrokken organisaties propageren in hun beleid een betere afstemming en meer samenwerking tussen voorzieningen en bevorderen die soms ook daadwerkelijk.
Op zichzelf is samenwerking tussen deskundigen met een verschillende professionele achtergrond in onze samenleving niet ongewoon. Wat echter de samenwerking in de eerste lijn bijzonder maakt is het streven naar een zekere mate van integratie van kennis en werkwijzen van verschillende disciplines (zonder aantasting van de professionele identiteit). Deze integratie is vereist omdat hulpvragers in de regel niet in teamverband maar door slechts één persoon behandeld worden. Een tweede bijzonderheid is het feit dat de partners in deze samenwerking zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkenden, sterk verschillen in het niveau en de achtergrond (natuurwetenschappelijk versus sociaal-wetenschappelijk) van hun opleiding.
Hoewel het samenwerken ook in organisatorisch opzicht vruchtbaar dient te zijn draait het om de beroepsuitoefening ten aanzien van de patiënt of cliënt. Groffen (1975) vindt zelfs dat alleen van interdisciplinaire samenwerking gesproken mag worden als dat laatste het geval is. Organisatorische winst is volgens Groffen makkelijk bereikt. "Eerlijk gezegd stelt die organisatorische samenwerking dan ook niet zoveel voor. Het lijkt efficiënt, maar beoordeeld als bijdrage aan een efficiënter gebruik van de middelen van de volksgezondheid moet men er niets van verwachten. Werkelijk grote problemen, als het voorkomen van hospitalisering of de vermindering van het geneesmiddelenverbruik, vragen veel intensiever investering in de samenwerking dan de inrichting van een aardig gebouwtje en het ophangen van enkele richtingaanwijzers of het inrichten van een brochurehoek" (einde citaat). Dat blijkt ook uit het feit dat over het patiëntenoverleg het meest is gepubliceerd.
Raadpleging van een aantal bronnen leert dat in patiëntenbesprekingen verschillende doelen (soms tegelijkertijd) kunnen worden nagestreefd. De gemeenschappelijke noemer is echter dat dit overleg gericht is op de directe behandeling. We vonden de volgende doelstellingen (Bruining, 1981; Schenk en Van der Does, 1983; Oser, 1983;

Westerweel en Van Zijderveld, 1986):
- uitwisselen van gegevens en ervaringen
- inwinnen van advies; onderlinge consultatie ten behoeve van diagnose of behandeling
- regelen van onderlinge verwijzingen
- werkwijzen op elkaar afstemmen
- elkaars mogelijkheden leren kennen (zowel professioneel als persoonlijk)
- ontwikkelen van gezamenlijk behandelingsplan
- ontwikkelen van een geïntegreerde hulpverlening
- evalueren van hulpverleningsmethoden en -interventies
- hulpverlener gelegenheid bieden het hart te luchten en steun te krijgen.

Westerweel en Van Zijderveld wijzen er op dat de verschillende functies van het overleg goed onderscheiden moeten worden en eventueel in verschillende besprekingen moeten worden ondergebracht. Zij onderscheiden overleg gericht op de **behandeling** (bijvoorbeeld de patiëntenbespreking), overleg gericht op het **teambeleid** (bijvoorbeeld over veel voorkomende problemen in de wijk, afstemming van methodieken, preventie en dergelijke) en overleg gericht op **leereffecten** (hetzij aan de hand van thema's, hetzij in intervisiegesprekken over het functioneren als hulpverlener).

Uit de artikelen van professionele begeleiders zowel als rapportages uit het veld blijkt het belang van een gestructureerde aanpak van vooral de patiëntenbespreking: er dient op vaste tijden gewerkt te worden volgens een duidelijke procedure, waardoor deelnemers goed weten wat verwacht kan worden. Zo beschrijft Bruining (1981) tot in details vier methoden van patiëntenbespreking, wordt er uit Wijkersloot/Zuilenstein (1982) een zeer duidelijk omlijnde en efficiënte procedure voor korte wekelijkse patiëntenbesprekingen gemeld en signaleren Schenk en Van der Does (1983) in hun Rotterdamse gezondheidscentrum steeds strakkere procedures en planning met betrekking tot het patiëntenoverleg.

Het zal duidelijk zijn dat samenwerken geleerd moet worden. Bruining (1981) merkt op dat beginnende teams er goed aan doen een methode te kiezen die gelegenheid biedt te wennen aan een procedurele aanpak, ervaring op te doen met het inventariseren van problemen en het bedreigende eerste stadium van wederzijdse beroepsverkenning te boven te komen.

In hun analyse van negen jaar patiëntenoverleg zien Schenk en Van der Does ook verschillende fasen: eerst de kennismaking waarin teamleden geleidelijk aan elkaars mogelijkheden leerden kennen, vervol-

gens een periode waarin in een zo vroeg mogelijk stadium over contacten die problematisch konden worden werd gesproken en waarin werd gewerkt aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid en visie, en tenslotte de fase waarin het accent ligt op gestructureerde besprekingen, het opstellen van werkplannen en de evaluatie daarvan.
Ieder samenwerkingsverband maakt uiteraard zelf uit welke ontwikkeling het doormaakt en tot welk niveau van integratie het wil gaan. Uit de wijze waarop patiëntenbesprekingen worden gehouden valt dat samenwerkingsniveau af te leiden. Visser (1980) onderscheidt vijf (theoretische) niveaus die illustreren waar het daarbij om gaat.

1. Teamleden informeren elkaar **achteraf** over de gevoerde behandeling; daarover is verder geen overleg of discussie
2. Men informeert teamleden **vooraf** over wat men van plan is te doen; die kunnen daarop zonodig anticiperen. Er vindt verder geen discussie of overleg over plaats
3. Na overleg kiezen hulpverleners voor zichzelf een zo goed mogelijke aanpak; er is dus **wederzijdse beïnvloeding** van aanpak en uitgangspunten, maar ieder blijft geheel **zelf verantwoordelijk** voor de te kiezen richting
4. Er heeft overleg plaats teneinde tot **gemeenschappelijke uitgangspunten** te komen voor de behandeling van bepaalde patiënten
5. In overleg met elkaar wordt de aanpak gekozen die voor alle betrokkenen het beste is; men behandelt op basis van **gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.**
   (Deze laatste vorm wordt voor de gezondheidszorg niet haalbaar geacht).

Hoewel de samenwerking tussen disciplines in de eerste lijn voor een belangrijk deel blijkt in de gezamenlijke patiëntenbespreking, is dat niet de enige vorm van overleg. Terloops werd al de themabespreking genoemd, en verder kan ook het functioneren van de samenwerking onderwerp van bespreking zijn. In de **themabespreking** wordt niet gesproken ter oplossing van een probleem in de hulpverlening met een bepaalde patiënt, maar gaat het om meer algemene problematiek waar men regelmatig mee te maken heeft, zoals verslaving, huisvestingsproblemen in de wijk of verwijzingen naar de RIAGG. Deze themabesprekingen, waarvoor externe deskundigen worden uitgenodigd, kunnen gezien worden als een vorm van na- of bijscholing. In het **functioneringsoverleg** worden afspraken en procedures met betrekking tot de samenwerking geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Verder vergt ook het praktische reilen en zeilen van een samenwerkingsverband regel-

matige aandacht van het team of een deel daarvan. Soms zijn deze **organisatorische** taken onderling verdeeld; ook zijn er in diverse samenwerkingsverbanden coördinatoren aangesteld.
Dit brengt ons bij de deelnemers aan de verschillende besprekingen. Patiëntenoverleg kan op verschillende manieren plaatsvinden: monodisciplinair (tussen huisartsen bijvoorbeeld), bidisciplinair (tussen een of meer maatschappelijk werkers en huisartsen) of multidisciplinair (het hele team, of als dat erg groot is in deelteams of alleen het kernteam). Vaak zullen deze vormen naast elkaar bestaan en worden met collega's van de eigen discipline andere problemen besproken dan met vertegenwoordigers van andere disciplines. In groepspraktijken zal waarschijnlijk meer het accent liggen op het mono- en bidisciplinair overleg dan in gezondheidscentra. Ook bij- en nascholing kunnen mono- of multidisciplinair zijn georganiseerd, afhankelijk van het onderwerp en het samenwerkingsniveau van het team, evenals het overleg waarin de samenwerking en de onderlinge afspraken worden geëvalueerd.
Tot hier hebben we het alleen gehad over het geregelde, min of meer geïnstitutionaliseerde overleg. In de praktijk echter blijken ook veel zaken te worden geregeld op andere momenten waarbij men primair voor een ander doel bijeenkomt; bijvoorbeeld de dagelijkse koffie- en theepauzes. Om het beeld te completeren noemen we tenslotte het (meestal kortdurende) overleg dat hulpverleners tussendoor en niet op gezette tijden met elkaar hebben ter consultatie, hetzij vis à vis, hetzij telefonisch.

Met deze inleiding is het kader gegeven van **deze studie** naar het overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. De resultaten geven een beeld van de verschillende soorten van overleg binnen het samenwerkingsverband en de tijd die daarmee gemoeid is. Het geeft geen compleet overzicht van al het overleg dat huisartsen hebben; besprekingen met de intramurale zorg en met de geestelijke gezondheidszorg blijven hier bijvoorbeeld buiten beschouwing (daarover werd al eerder gerapporteerd; zie Boerma, 1981).
Dit onderzoek sluit aan op twee eerder verrichte studies. De eerste betreft die door Wijkel (1984) naar de samenwerking van huisartsen in andere praktijkvormen dan die welke in onderhavige studie aan de orde zijn. Ter vergelijking worden op verschillende plaatsen in dit rapport gegevens van Wijkel opgenomen. De tweede studie is destijds uitgevoerd door Van der Zee (1979); daarin werd via één contactpersoon per gezondheidscentrum respectievelijk groepspraktijk het overleg geïnventariseerd.

Voor zover verschillen in vraagstelling en methodiek het toelaten zullen vergelijkingen gemaakt worden die wat kunnen zeggen over veranderingen die in een periode van zes à zeven jaar hebben plaatsgevonden.
Met het oog op de in het voorwoord al genoemde vervolgstudie naar het verband tussen aard en omvang van het overleg en verwijs- en opnamecijfers van de huisartsen hebben wij als aanhangsel van ons onderzoek een aantal vragen gesteld over de praktijkuitoefening van de huisartsen, de diagnostische apparatuur waarover ze kunnen beschikken en opvattingen over de taakverdeling met medisch specialisten. Daarover wordt dus nog niet hier gerapporteerd.

Het rapport is als volgt ingedeeld. Na deze inleiding komen in het tweede hoofdstuk de vraagstelling, begrippenverduidelijking en de opzet van het onderzoek aan de orde. Hoofdstuk drie beschrijft de onderzoekspopulatie de verkregen respons en de representativiteit daarvan, en de betrouwbaarheid van het materiaal. Het vierde hoofdstuk geeft de eerste resultaten: hoeveel tijd zijn huisartsen in verschillende praktijkvormen aan geregeld en ad hoc overleg kwijt; hoe is de verdeling mono-, bi- en multidisciplinair overleg; welke factoren hangen samen met de omvang van het overleg. In dat hoofdstuk laten we voorts zien wie de belangrijkste overlegpartners van de huisarts zijn.
Hoofdstuk vijf heeft de inhoud van het overleg als invalshoek en gaat derhalve over patiëntenoverleg, organisatorisch overleg, overleg over het functioneren van de samenwerking, informeel overleg, na/bijscholing en onderlinge toetsing. Al deze vormen worden beschreven naar het tijdsbeslag voor de huisarts, ook weer uitgesplitst naar mono-, bi- en multidisciplinaire samenstelling van de bijeenkomsten, en wie bij de verschillende vormen de voornaamste overlegpartners zijn.
Met de samenvatting van de resultaten en de conclusies van dit onderzoek werd dit rapport geopend.

2. VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoek heeft een tweeledig doel. In de eerste plaats wil het inzicht verschaffen in de aard en intensiteit waarin huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met elkaar en met hulpverleners van andere disciplines samenwerken. In de tweede plaats is het, zoals gezegd, de bedoeling deze gegevens in een vervolgstudie te verbinden aan bepaalde output-gegevens van de betreffende huisartsen. In die zin dienen deze resultaten als halffabrikaat.

2.1. De vraagstelling

Zoals we in de inleiding hebben gezien kan het overleg in een samenwerkingsverband over verschillende zaken gaan: de directe hulp aan patiënten, de organisatie, bij- of nascholing, het team-functioneren en dergelijke. De eerste vraagstelling luidt dan ook:

> Welke **vormen** van overleg kunnen er naar de inhoud onderscheiden worden in gezondheidscentra en groepspraktijken.

De twee volgende vraagstellingen spitsen zich toe op de omvang van het overleg en de disciplines die daarbij betrokken zijn:

> Hoeveel **tijd** wordt aan de verschillende vormen van overleg besteed, uitgaande van de frequentie en de gemiddelde tijdsduur van de vergaderingen.

> Wie zijn de **partners** in het overleg; wordt het mono-, bi- of multidisciplinair gehouden. Om welke disciplines gaat het bij het bi- en multidisciplinair overleg.

Naar verwachting wordt in groepspraktijken in het algemeen meer tijd aan diverse monodisciplinaire besprekingen gewijd; in gezondheidscentra meer aan multidisciplinaire vergaderingen. De frequentie van multidisciplinair overleg in groepspraktijken zal als gevolg van de ruimtelijke scheiding tussen de disciplines in het algemeen lager zijn dan in gezondheidscentra.
De contacten van huisartsen in groepspraktijken met andere eerstelijnsdisciplines zullen doorgaans om dezelfde reden bilateraal

plaatsvinden. Ook in gezondheidscentra komen bilaterale besprekingen voor, bijvoorbeeld als aanvulling op het multidisciplinair overleg.
Binnen de categorieën gezondheidscentrum en groepspraktijk verwachten we een aanzienlijke variatie in de overlegintensiteit. De criteria die een samenwerkingsverband tot centrum of groepspraktijk bestempelen zijn van dien aard dat achter die begrippen een verscheidenheid aan samenwerkingsniveaus kan schuil gaan.
Wat de overlegpartners betreft, verwachten we dat huisartsen in gezondheidscentra met een groter aantal disciplines overleg hebben dan collega's in groepspraktijken, omdat een centrum dikwijls al een belangrijk aantal disciplines herbergt. Om die reden ook verwachten we dat de totale tijd die huisartsen in gezondheidscentra aan verschillende vormen van overleg besteden groter zal zijn dan die van huisartsen in groepspraktijken.
Niet alle verschillen in tijdbesteding, aard en formalisering van het overleg zullen terug te voeren zijn tot de praktijkvorm. Dit brengt ons bij de laatste vraagstelling.

> Welke **kenmerken** van de huisarts en het samenwerkingsverband hangen samen met gevonden verschillen **binnen** de populaties gezondheidscentra en groepspraktijken.

In de inleiding bleek al dat teams een ontwikkeling kunnen doormaken in de wijze waarop ze bijvoorbeeld patiëntenbesprekingen houden. Dat zou kunnen betekenen dat de **'leeftijd'** van het samenwerkingsverband in dit opzicht een relevante factor is.
Ook de **samenstelling** van een gezondheidscentrum kan van belang zijn. In een groot team met veel disciplines wordt wellicht meer bilateraal gewerkt of in subteams dan in kleinere centra.
Verder zou men kunnen veronderstellen dat in gezondheidscentra waarin de **werkgebieden** van de kerndisciplines goed op elkaar afgestemd zijn, het overleg frequenter plaatsvindt.
Wat de **urbanisatiegraad** van de vestigingsplaats betreft zou het zo kunnen zijn dat huisartsen in de stad door het grotere aanbod aan eerstelijnsvoorzieningen daar meer overleg hebben dan hun collega's elders.
Een ander onderscheid dat mogelijk van betekenis is, is het al dan niet in **dienstverband** werken van de hulpverleners in het centrum. Huisartsen in dienstverband voelen wellicht wat minder produktiedruk en nemen daardoor meer tijd voor overleg.

2.2. Omschrijving van enkele begrippen

In dit onderzoek hebben we geen onderscheid gemaakt tussen zelfstandig gevestigde **huisartsen** en **assistent-huisartsen.**
De werkdefinities van gezondheidscentra en groepspraktijken zijn dezelfde als die in het registratiesysteem van deze samenwerkingsverbanden ten tijde van het onderzoek gelden.
Gezondheidscentrum: samenwerking met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende. De twee eerstgenoemden moeten minimaal half-time ten behoeve van het centrum werken; de maatschappelijk werkende tenminste twee dagdelen per week.
Groepspraktijk: samenwerkingsverband in één gebouw van tenminste drie huisartsen (zelfstandig gevestigd of assistent) die tenminste half-time in deze praktijk werken.

Wat de samenstelling van het overleg betreft gingen we uit van de indeling in mono-, bi- en multidisciplinair.
Monodisciplinair overleg: met één of meer collega-huisartsen.
Bidisciplinair overleg: met één of meer hulpverleners van één andere eerstelijnsdiscipline.
Multidisciplinair overleg: met hulpverleners van twee of meer andere disciplines tegelijkertijd.

Naar de inhoud van het overleg onderscheiden we enerzijds diverse vormen van **geregeld** overleg op **vaste** tijdstippen, anderzijds het **ad hoc** overleg dat onregelmatig wordt gehouden.
Tot het geregeld overleg op vaste tijden behoren:
Patiëntenoverleg: min of meer gestructureerd overleg over actuele problematiek van patiënten.
Organisatorisch overleg: bijvoorbeeld over taakverdeling, beheerszaken, regelen van informatie-overdracht, waarneemregeling.
Overleg over functioneren: ter evaluatie van procedurele afspraken, samenwerking en dergelijke.
Na- en bijscholing: overleg waarbij gesproken wordt over een bepaald thema of algemene problematiek.
Onderlinge toetsing (alleen monodisciplinair): expliciet toetsen van het medisch handelen aan vooraf opgestelde criteria.
Informeel overleg: ongestructureerd overleg bij een informeel samenzijn, bijvoorbeeld koffie- of theepauze. Dit is eigenlijk een mengvorm waarbij op gezette tijden mogelijkheid geboden wordt tot ad hoc

overleg. Vanwege de vaste regelmaat en de betrekkelijk stabiele aanwezigheid van teamleden staat het in dit rijtje.

2.3. Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen; het richt zich om te beginnen uitsluitend op groepspraktijken en gezondheidscentra. Ten tijde van het onderzoek was dat het vanzelfsprekende werkterrein binnen het project. Mede daardoor is soortgelijk onderzoek bij huisartsen in andere praktijkvormen (solistische- en duopraktijken) in een ander kader verricht. Dat alleen het overleg van huisartsen werd onderzocht, is een tweede beperking, waarbij opgemerkt moet worden dat de huisartsen waarschijnlijk bij de meeste soorten overleg in genoemde samenwerkingsverbanden zijn betrokken. Via de huisarts krijgen we waarschijnlijk een redelijk compleet beeld van de overlegstructuur.
Een beperking geldt ook de gekozen methode: de schriftelijke vragenlijst. Het was niet mogelijk directer te observeren met welke frequentie en hoe lang er over verschillende onderwerpen wordt overlegd. De tijdsinvestering is door de huisarts als een gemiddelde geschat, en dus geen exacte klokmeting. Ook is er van uitgegaan dat de huisartsen en andere genoemde disciplines elke keer aanwezig zijn bij een geregeld overleg; dat zal niet altijd het geval zijn. Omdat wij ons echter hoofdzakelijk hebben gericht op het overleg op vaste tijdstippen (waar dikwijls ook een bepaalde tijd voor is uitgetrokken) zijn we toch tamelijk gerust over de betrouwbaarheid van het materiaal.
Begin augustus 1984 werden de vragenlijsten verzonden aan alle huisartsen die toen voorkwamen in het registratiesysteem van gezondheidscentra en groepspraktijken. Gevraagd werd de overlegsituatie weer te geven zoals die in de eerste helft van dat jaar was geweest. Na ongeveer zes weken werd een rappel verzonden aan de huisartsen van wie we nog geen formulier hadden terugontvangen. In de maanden november en december werden de huisartsen die nog niet gereageerd hadden telefonisch benaderd met het verzoek of de vragenlijst telefonisch kon worden afgenomen. Bij telefonische afname werden alleen de vragen gesteld over het overleg, en niet die over de praktijkuitoefening. Begin 1985 werd de gegevensverzameling afgesloten. Over de respons staan gegevens in het volgende hoofdstuk. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

3. ONDERZOEKSPOPULATIE EN RESPONS

3.1. Aangeschreven huisartsen

Alle huisartsen die per 1 januari 1984 in gezondheidscentra of groepspraktijken werkzaam waren (Boerma, 1984) kregen een vragenlijst toegestuurd. Uit terugzending of informatie bij het rappel bleek een aantal daarvan vertrokken, overleden, met zwangerschapsverlof of langdurig ziek. Onderstaand staatje geeft een overzicht van de aantallen.

Tabel 3.1.: De onderzoekspopulatie

huisartsen	gezondheids-centra		groepsprak-tijken		totaal	
zelfstandig gevestigd (1-1-1984)	410		316		726	
langdurig assistent (1-1-1984)	15		13		28	
		425		329		754
vertrokken (1-8-'84)		7		7		14
netto-onderzoekspopulatie		418		322		740

Ten tijde van het onderzoek waren er 131 gezondheidscentra en 93 groepspraktijken. In het merendeel van de centra werken twee tot vier huisartsen en daarnaast in elk geval wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden; andere disciplines in gezondheidscentra zijn fysiotherapie, verloskunde, tandheelkunde, farmacie en gezins- en bejaardenverzorging. In totaal gaat het in gezondheidwscentra per 1 januari 1984 om 1725 hulpverleners.
Groepspraktijken hebben per definitie tenminste drie huisartsen; vaak ook zijn het er vier. Hoewel het kenmerk van de groepspraktijk de monodisciplinaire samenwerking is, wil dat niet zeggen dat er geen werkcontacten zijn met hulpverleners van andere disciplines. Er werkten in 1984 329 huisartsen in deze praktijkvorm.
Voor meer gegevens over gezondheidscentra en groepspraktijken ver-

wijzen we naar publicaties uit het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden (Warmenhoven en Boerma, 1986).

3.2. De respons

Tabel 3.2 laat zien van hoeveel huisartsen we de gegevens hebben binnen gekregen via de post en telefonisch.

Tabel 3.2.: De respons

respons	gezondheidscentra		groepspraktijken		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
schriftelijk	295	70,6	209	64,9	504	68,1
telefonisch	61	14,6	60	18,6	121	16,4
totaal	356	85,2	269	83,5	625	84,5

De respons is met bijna 85% zeer bevredigend. Zoals de tabel laat zien, zou zonder telefonische afname de respons rond tweederde hebben bedragen.
Van vijf gezondheidscentra en tien groepspraktijken hebben wij geen gegevens omdat gezamenlijk besloten werd niet mee te doen.
Hoewel het een individuele enquête betreft is er bij het invullen in een aantal gevallen overleg geweest. Vragenlijsten van samenwerkende huisartsen zijn soms geheel of gedeeltelijk identiek ingevuld. Bij tweeëntwintig vragenlijsten van artsen in gezondheidscentra en negenentwintig in groepspraktijken werd vermeld dat ze betrekking hebben op meer dan één huisarts. In achttien van de tweeëntwintig gevallen in gezondheidscentra en vierentwintig van de negenentwintig in groepspraktijken gaat het om gecombineerde gegevens van twee of drie huisartsen; voor de analyses zijn deze toegekend aan de betreffende respondenten.

3.3. Representativiteit en betrouwbaarheid

Alleen al de hoogte van de respons geeft weinig reden tot bezorgdheid over de representativiteit van het verzamelde materiaal. Daar-

bij moet bedacht worden dat het hier een populatie-onderzoek betreft; dat betekent onder meer dat alle verschillen die we in dit onderzoek aantreffen ook 'echte' verschillen zijn die niet op hun significantie hoeven worden getoetst.
In de vier tabellen die nu volgen laten we zien in hoeverre populatie en respons afwijken van elkaar op de volgende kenmerken: urbanisatiegraad van de vestigingsplaats, bestaansduur van het samenwerkingsverband, het aantal huisartsen per samenwerkingsverband en (alleen voor de gezondheidscentra) het totale aantal hulpverleners in het team.

Tabel 3.3.: Populatie en respons naar urbanisatiegraad

Urbanisatie-graad	% gezondheidscentra		% groepspraktijken	
	populatie (N = 425)	respons (N = 355)	populatie (N = 329)	respons (N = 261)*
(versted.)platteland	11,6	11,5	35,2	36,0
forensengemeenten	31,3	31,0	10,9	10,3
kleine steden	4,7	4,5	13,7	15,4
middelgrote steden	14,4	16,1	20,1	20,3
grote steden	38,1	36,9	20,1	18,0
totaal	100	100	100	100

* Een aantal artsen is anoniem gebleven.

Tabel 3.4.: Populatie en respons naar bestaansduur van het samenwerkingsverband

Bestaandsduur	% gezondheidscentra		% groepspraktijken	
	populatie (N = 425)	respons (N = 355)	populatie (N = 329)	respons (N = 261)
4 jaar of minder	31,0	30,4	28,9	31,8
4-8 jaar	36,0	36,9	29,5	27,2
meer dan 8 jaar	33,0	32,7	41,6	41,0
totaal	100	100	100	100

Tabel 3.5.: Populatie en respons naar aantal huisartsen per team

aantal huis-artsen	% gezondheidscentra		aantal huis-artsen	% groepspraktijken	
	populatie (N=425)	respons (N=355)		populatie (N=329)	respons (N=261)
1-3	46,1	46,5	3	54,7	55,6
4-6	46,1	45,9	4	35,3	34,1
7 of meer	7,8	7,6	5 of meer	10,0	10,3
totaal	100	100		100	100

Tabel 3.6.: Populatie en respons naar totaal aantal hulpverleners in het gezondheidscentrum

aantal hulpverleners	% gezondheidscentra	
	populatie (N = 425)	respons (N = 355)
10 of minder	28,0	27,6
11-15	38,4	40,6
16 of meer	33,6	31,8
totaal	100	100

Op de genoemde kenmerken wijkt de respons maar heel weinig af van de totale populatie. Uit de grote steden is er een lichte onderrapportage, in groepspraktijken is er een geringe overrapportage uit de kort bestaande teams en enige onderrapportage uit groepen met vier huisartsen. In gezondheidscentra zijn huisartsen uit de grootste centra iets ondervertegenwoordigd. Al met al hoeft bij de interpretatie van de resultaten geen voorbehoud gemaakt te worden in verband met selectiviteit.

Een ander punt is de betrouwbaarheid van de gegevens. Om te kunnen beoordelen in hoeverre de schattingen van huisartsen over de tijd die ze aan verschillende vormen van overleg besteden overeenstemmen met de werkelijkheid, zouden we idealiter directe observaties moeten doen ter vergelijking. Daartoe hadden we evenwel niet de mogelijk-

heid. Wel kunnen we de antwoorden op bepaalde vragen van huisartsen uit één centrum of groepspraktijk met elkaar vergelijken. Het meest komt daarvoor in aanmerking de vraag over het gezamenlijk patiëntenoverleg met alle collega's in het team. Hierop zouden alle huisartsen hetzelfde antwoord moeten geven, en dat is niet het geval geweest. Fouten zitten niet zozeer in de weergave van de frequentie van dat overleg, dat immers met een vaste regelmaat plaatsvindt, maar meer in de schatting van de tijdsduur per keer. Onze berekeningen gaan uit van het aantal kwartieren per maand. Van de huisartsen die melding maakten van het patiëntenoverleg met alle collega's in het team vergeleken we de opgegeven tijdsbesteding met het gemiddelde van dat team. Deze bewerking was dus alleen mogelijk bij die centra of groepspraktijken waar we twee of meer respondenten hebben. Met deze beperkingen vergeleken we de antwoorden van 175 huisartsen in gezondheidscentra en 99 in groepspraktijken. Als we een foutenmarge aanhouden van 25% boven of onder het gemiddelde van het samenwerkingsverband dan vallen 65 huisartsen in gezondheidscentra (37%) en 35 in groepspraktijken (35%) daarbuiten. Dat betekent dat de gegevens over de tijdsbesteding aan diverse overlegvormen in dit rapport meer beschouwd moeten worden als indicaties dan als exacte cijfers.

4. OVERLEGVOLUME EN -PARTNERS

Een beschrijving van de overlegstructuren waarbij huisartsen betrokken zijn kan op veel plaatsen beginnen. In het algemeen kunnen drie globale dimensies onderscheiden worden, met onderverdelingen:
inhoud van het overleg: bijvoorbeeld patiëntenzorg, organisatorische kwesties, het functioneren van de samenwerking, na- en bijscholing;
deelnemers aan het overleg: collega-huisartsen (monodisciplinair), werker(s) van één andere discipline (wijkverpleging, maatschappelijk werk, fysiotherapie, gezinsverzorging en dergelijke) of van meerdere andere disciplines tegelijkertijd (multidisciplinair);
overlegvolume: dit is de hoeveelheid tijd die er aan besteed wordt; het produkt dus van frequentie en tijdsduur per keer.
Het zal duidelijk zijn dat er een zeer groot aantal overlegsituaties te onderscheiden is met behulp van deze dimensies.
De praktijk is soms nog ingewikkelder. Sommige vergaderingen hebben een gemengd karakter; er komen zowel patiëntenzorg als organisatorische zaken aan de orde.
Het overlegvolume is moeilijk vast te stellen als er geen vaste regelmaat bestaat waarmee men vergadert.
Om al enige ordening te krijgen in dit geheel werd de vragenlijst gesplitst in drie delen die achtereenvolgens betrekking hadden op het mono-, bi- en multidisciplinair overleg. De vragen hadden bovendien hoofdzakelijk betrekking op het reguliere overleg dat met een vaste regelmaat plaats vindt met telkens dezelfde deelnemers.
Over het ad hoc overleg (naar behoefte en dus niet op vaste tijden) werden afzonderlijk vragen gesteld.
De huisartsen werd gevraagd het overleg naar de inhoud onder te brengen bij de betreffende categorie, en daarbij te vermelden met welke frequentie het plaats vond en hoe lang de bijeenkomsten gemiddeld duurden. Overleg met een gemengd karakter moest naar verhouding verdeeld worden over meerdere categorieën. De vragenlijst is opgenomen als bijlage.
Om het overlegvolume vergelijkbaar te maken is dit voor alle overlegvormen omgerekend in de tijdsduur per maand. De kleinste eenheid die we daarbij hebben gehanteerd is het kwartier.

Dit is een hoofdstuk met alleen globale gegevens. We laten zien hoeveel tijd de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken in totaal kwijt zijn aan eerstelijnsoverleg en wie, in tijd gerekend,

daarbij de belangrijkste partners zijn. We gaan hier dus geheel voorbij aan de inhoud van het overleg.

4.1. Het totale tijdsbeslag

We presenteren in deze paragraaf in de eerste plaats de tijdsbesteding aan het **reguliere** overleg, dat wil zeggen met een vaste regelmaat en vergaderduur. Het informele overleg, dat daarvan deel uitmaakt, bijvoorbeeld tijdens dagelijkse koffie- en theepauzes, hebben we daarbij slechts voor de helft meegeteld. We gaan er namelijk vanuit dat dergelijke samenkomsten maar voor een deel benut worden voor werkoverleg. De keuze om deze tijd voor de helft te laten meetellen is betrekkelijk arbitrair.

Tabel 4.1.: Totale tijdsbesteding aan het geregelde eerstelijnsoverleg van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken

aantal uren per maand	ha gezondheidscentra		ha groepspraktijken	
	%	cum. %	%	cum. %
tot 9	4,5	4,5	19,6	19,6
9-12	4,8	9,3	10,8	30,4
12-15	4,2	13,5	10,8	41,2
15-18	8,1	21,6	7,4	48,6
18-21	12,4	34,0	11,5	60,1
21-24	12,4	46,4	11,5	71,6
24-27	11,0	57,4	7,4	79,0
27-30	7,6	65,0	4,4	83,4
30-33	9,0	74,0	5,9	89,3
33-39	13,8	87,8	4,8	94,1
39-45	6,7	94,5	2,6	96,7
meer dan 45	5,5	100	3,3	100
totaal	100		100	
N =	355		270	
gemiddeld	26,4 uur per mnd		19,3 uur per mnd	

Huisartsen in gezondheidscentra besteden maandelijks gemiddeld ruim 26 uren aan diverse vormen van geregeld overleg (per week is dat 6 uur). Bij hun collega's in groepspraktijken ligt dat aantal met ruim 19 uren (of 4,5 uur per week) 27% lager. (Men kan ook zeggen dat huisartsen in gezondheidscentra 37% meer tijd aan het overleg besteden dan die in groepspraktijken).
Uitgaande van een normale 38-urige werkweek overleggen huisartsen in gezondheidscentra bijna 16% van hun tijd en in groepspraktijken bijna 12%. Wat de eerstgenoemden betreft komt dat overeen met de norm die de Ziekenfondsraad hanteert krachtens het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra. De feitelijke werkweek van huisartsen zal in de meeste gevallen langer zijn. Boots (1983) kwam voor samenwerkende huisartsen tot 48 uur per week. Daartegen afgezet zijn de overlegtijd-percentages respectievelijk 12,5% en 9,1%. Hier dient opgemerkt te worden dat de genoemde tegemoetkoming door de Ziekenfondsraad niet voor groepspraktijken geldt. Bovendien, zoals de tabel ook duidelijk laat zien, zijn er heel wat huisartsen die niet aan de 15% overlegtijd komen; de spreiding rond het gemiddelde is namelijk aanzienlijk.
Een kwart van de huisartsen in gezondheidscentra heeft maandelijks meer dan 33 uur overleg; bijna 10% is daaraan slechts hooguit 12 uur kwijt. In groepspraktijken besteedt bijna een derde van de huisartsen 12 uur of minder aan overleg; ruim 10% zit boven 33 uur. De percentages in de tabel zijn berekend over alle respondenten. Daarbij zij opgemerkt dat negen huisartsen in groepspraktijken geen enkele vorm van geregeld overleg opgaven.

Vergelijking met andere onderzoekingen

De door ons gevonden gemiddelden liggen beduidend hoger dan die van een in 1978 verricht onderzoek, waarbij een gemiddelde van bijna 17 uur in gezondheidscentra en bijna 11 uur in groepspraktijken werd gevonden (Van der Zee, 1979). Het ziet er naar uit dat de huidige centra in het algemeen meer overleg hebben. Daarbij dient bedacht te worden dat in de tussenliggende jaren het aantal centra en groepspraktijken fors is toegenomen (met respectievelijk 80% en 53%), zodat de populaties niet goed vergelijkbaar zijn. Zoals de auteur zelf ook opmerkt is er daarnaast in het betreffende onderzoek waarschijnlijk sprake geweest van onderrapportage van bepaalde vormen van overleg omdat gegevens via één contactpersoon per centrum werden verzameld, en niet bij elke huisarts afzonderlijk zoals in ons onderzoek.
Een andere vergelijking kan gemaakt worden met een onderzoek dat

Wijkel verrichtte bij huisartsen in solo- en duopraktijken en dat ongeveer dezelfde opzet had als het hier beschrevene (Wijkel, 1984). Tabel 4.2. geeft een overzicht van de overlegtijd van huisartsen, zoals die in beide onderzoeken werd gevonden.

Tabel 4.2.: Tijdsbesteding aan geregeld overleg van huisartsen in verschillende praktijkvormen

praktijkvorm huisartsen	gemiddeld aantal uren per maand	N
solopraktijk*	8,5	317
duopraktijk*	22,0	130
groepspraktijk	19,3	270
gezondheidscentrum	26,4	355

* Bron: Wijkel, 1984; het betreft een representatieve steekproef.

Solistisch werkende huisartsen hebben wel degelijk overleg met andere hulpverleners in de eerste lijn, zij het beduidend minder dan collega's in andere praktijkvormen.
Huisartsen in duo- en groepspraktijken hebben ongeveer evenveel overleg. Het verschil in de tabel tussen beide praktijkvormen wordt veroorzaakt door het feit dat Wijkel informele bijeenkomsten integraal als overleg tussen beide praktijkvormen heeft meegeteld en wij slechts voor de helft. Hadden wij dat ook gedaan dan zou het aantal uren per maand voor groepspraktijken met drie en voor gezondheidscentra met ongeveer vijf vermeerderd moeten worden.

Ad hoc overleg
Tot nu toe hebben we het alleen gehad over het overleg dat op gezette tijden plaats vindt. Er bleken negen huisartsen in groepspraktijken te zijn die geen dergelijk overleg hebben. Dat wil niet zeggen dat ze helemaal geen contacten hebben met andere eerstelijnswerkers. Het ad hoc overleg kan een goede aanvulling of misschien ook vervanging zijn voor kwesties die niet kunnen wachten tot een volgende afgesproken vergadering. Ad hoc overleg vindt dus onregelmatig plaats en kan zeer verschillen in duur; eventueel wordt het telefonisch gevoerd.
De schatting van frequentie en duur van het ad hoc overleg is om bovenstaande redenen minder betrouwbaar. De cijfers in tabel 4.3 geven meer een indicatie dan een exacte weergave van de tijd die hiermee gemoeid is.

Tabel 4.3.: Globale tijdsbesteding aan ad hoc overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken

aantal uren per maand	ha gezondheidscentra		ha groepspraktijken	
	%	cum. %	%	cum. %
tot 3	50,0	50,0	53,8	53,8
3- 6	30,6	80,6	25,6	79,4
6- 9	11,2	91,8	6,9	86,3
9-12	4,9	97,7	6,3	92,5
meer dan 12	3,4	100	7,5	100
totaal	100		100	
gemiddeld*	4,4 uren		4,8 uren	
geen ad hoc overleg/onbekend	42%		40,7%	
N =	355		270	

* Berekend over het aantal huisartsen dat ad hoc overleg heeft.

Uit de tabel blijkt dat beide samenwerkingsvormen ongeveer eenzelfde beeld te zien geven. Gemiddeld vergt het ad hoc overleg tussen de vier en vijf uur per maand. Naar verhouding tot het geregelde overleg ligt in groepspraktijken een wat zwaarder accent op het ad hoc overleg dan in gezondheidscentra. Overigens blijkt ruim 40% van de huisartsen geen ad hoc overleg van betekenis te hebben.

We gingen na of er verband bestaat tussen de omvang van het geregelde overleg en die van het ad hoc overleg. Het zou immers kunnen zijn dat huisartsen die veel regulier overleg hebben daardoor het ad hoc overleg minder nodig hebben (negatief verband) of juist méér ad hoc overleg voeren als uitvloeisel van de (talrijke) contacten met andere hulpverleners.

De hoeveelheid ad hoc overleg van een huisarts blijkt nauwelijks samen te hangen met de tijd die aan geregeld overleg besteed wordt. Wel zien we in gezondheidscentra dat huisartsen met het minst geregeld overleg vaker te kennen geven in het geheel geen ad hoc overleg te hebben (namelijk de helft) dan huisartsen in de midden- en hoge categorie geregeld overleg (respectievelijk 38% en 41%). In groepspraktijken vinden we in de categorie met het meeste overleg relatief

het geringste aantal huisartsen zonder ad hoc overleg.
Deze bevindingen wijzen erop dat huisartsen ongeacht de reguliere contacten een bepaald niveau van ad hoc overleg hebben. Als er al een verband is lijkt dat eerder te wijzen op een aanvullende dan op een vervangende functie van het ad hoc overleg ten opzichte van het reguliere overleg.

We gingen ook na of de hoeveelheid informeel overleg verband houdt met de tijd die aan ad hoc overleg wordt besteed. Huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken geven een verschillend beeld te zien. In gezondheidscentra vinden we geen verband en in groepspraktijken een positief, dat wil zeggen naarmate huisartsen meer informeel overleg hebben is het waarschijnlijker dat ze ook (en meer) ad hoc overleg hebben ($R = .20$; $p \leq .001$). In groepspraktijken zou het informele overleg een begunstigende voorwaarde voor het realiseren van ad hoc contacten kunnen zijn; waar hulpverleners elkaar regelmatig informeel zien zijn de omstandigheden beter voor ad hoc consultatie. In gezondheidscentra vinden we dit verband niet; wellicht dat in de centra door de gemeenschappelijke huisvesting van meerdere disciplines aan de informele voorwaarden doorgaans wel is voldaan, en dat het gebruik van ad hoc contacten door andere (persoonlijke) factoren wordt beïnvloed.

Verband met teamkenmerken
Ook onderzochten we in hoeverre het totale overlegvolume van de huisarts, zoals we weergaven in tabel 4.1, samenhangt met een aantal kenmerken van het samenwerkingsverband waar hij of zij werkt, te weten de grootte van het team, de mate van afstemming van de werkgebieden van de drie kerndisciplines (alleen bij gezondheidscentra), de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de bestaansduur van het centrum en het al dan niet werken in dienstverband.
We verwachtten een positief verband met de **teamgrootte:** hoe meer hulpverleners in een team, hoe meer overlegpartners en hoe langer het duurt om bepaalde kwesties te bespreken.
Een positief verband valt er te verwachten met de **afstemming van werkgebieden.** Waar wijkverpleging, maatschappelijk werk en huisartsen dezelfde werk- of verzorgingsgebieden hebben, of waar de twee eerstgenoemde disciplines huisartspraktijk-gebonden werken verwachten we méér overleg omdat er meer gemeenschappelijke patiënten, cliënten en andere zaken te bespreken zijn.
Bij **urbanisatiegraad** verwachten we dat huisartsen in wijken met betrekkelijk veel migratie ('nieuwbouwwijken') meer overleg voeren dan

collega's elders. Huisartsen in nieuwe woongebieden merken dikwijls op dat pas gevestigde bewoners meer werk geven omdat ze vaker komen met niet-(puur)-somatische klachten. Dit zou tot intensiever overleg met andere disciplines aanleiding kunnen geven.
Vervolgens de **'leeftijd' van het team.** In langer bestaande centra en groepspraktijken verwachten we minder overleg dan in jonge teams die de samenwerking nog moeten ontwikkelen.
Tenslotte veronderstellen we dat de werkwijze in **dienstverbandcentra** meer overleg mogelijk en wellicht ook nodig maakt dan in andere centra.

Tabel 4.4.: Pearson correlatiecoëfficiënten van totale (respectievelijk monodisciplinaire) overlegtijd met enkele teamvariabelen

variabele	ha gezondheidscentra		ha groepspraktijken	
	corr.coëff.	signif.	corr.coëff.	signif.
teamgrootte	-.12	$p \leq .014$	nvt	
teamleeftijd	-.15	$p \leq .002$	.08	niet
aantal ha in team*	.21	$p \leq .001$	.18	$p \leq .003$

* gecorreleerd met omvang van het monodisciplinair overleg.

De gevonden correlaties, ook voor zover significant, zijn niet erg groot. Wat de 'teamleeftijd' betreft vinden we alleen dat huisartsen in oudere centra minder overleg hebben dan collega's in jongere centra. In groepspraktijken zien we dit verband niet.
In de centra is er verband met de omvang van het team, maar juist omgekeerd aan de verwachting: huisartsen in kleinere teams hebben meer overleg dan hun collega's in teams met een groter aantal hulpverleners. Wellicht dat er in kleinere teams meer overhead-taken per huisarts moeten worden verricht, waarvoor vergaderingen nodig zijn. In grotere centra kunnen taken meer verdeeld worden.
Als we alleen kijken naar de omvang van de huisartsengroep in centra en groepspraktijken en het totale overleg dat die (monodisciplinair) met elkaar hebben dan zien we dat met het toenemen van het aantal huisartsen ook het monodisciplinair overlegvolume stijgt.
Urbanisatiegraad in het algemeen houdt geen verband met de hoeveelheid tijd die huisartsen aan overleg besteden. Wel is het zo dat huisartsen in steden met meer dan 100.000 inwoners meer overlegtijd

noteren dan huisartsen in andere gebieden.
Wat de **afstemming van werkgebieden** betreft, vonden we, anders dan we verwachtten, geen enkel verschil tussen huisartsen uit centra waarin wijkgebonden, praktijkgebonden of minder goed afgestemd wordt gewerkt. Het kan zijn dat huisartsen in situaties met een goede afstemming betrekkelijk veel overleg hebben met andere hulpverleners in het team en huisartsen in samenwerkingsverbanden waarin de afstemming minder goed is, minder overleg hebben met teamgenoten, maar daarnaast nog overleg hebben met bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen die niet in het samenwerkingsverband participeren. De som van het overleg kan dan in beide omstandigheden gelijk zijn; inhoudelijk kunnen er verschillen zijn, waar we hier echter niet achter komen.
Zoals tabel 4.5 laat zien vonden we voorts een zeer duidelijk verschil tussen huisartsen in dienstverbandcentra en niet-dienstverband centra (in dienstverbandcentra werken huisartsen en, indien deel uitmakend van het team, ook fysiotherapeuten, apothekers, tandartsen en verloskundigen in loondienst van de rechtspersoon van het centrum).

Tabel 4.5.: Overlegvolume en dienstverband van de huisarts in gezondheidscentra

overleguren per maand	dienstverband	geen dienstverband	totaal
tot 21	13 (11%)	108 (45%)	121 (34%)
21-40	46 (41%)	64 (26%)	110 (31%)
meer dan 40	54 (48%)	70 (29%)	124 (35%)
totaal	113 (100%)	242 (100%)	355 (100%)

Huisartsen in dienstverbandcentra hebben duidelijk meer overleg dan hun collega's in gezondheidscentra die als zelfstandig ondernemer werken. Dit verschil kan voortvloeien uit de meer gecompliceerde bestuurlijke structuur in dienstverbandcentra die meer vergaderen met zich meebrengt, maar zou ook verband kunnen houden met een andere werkwijze. We weten uit ander onderzoek bijvoorbeeld dat er in dienstverbandcentra beduidend vaker sprake is van patiëntenparticipatie in de vorm van actieve patiëntengroepen dan in andere centra (Boerma en Warmenhoven, 1986). Dit brengt voor de betreffende hulpverleners extra overleg met zich mee.

4.2. Vormen van overleg

Zonder al in te gaan op de aard van de deelnemende disciplines aan het overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken, kunnen we een onderscheid maken tussen overleg met collega's van de eigen beroepsgroep en overleg waarbij ook vertegenwoordigers van andere beroepsgroepen betrokken zijn. In dat laatste geval kan dat één of meer andere disciplines betreffen. We noemen deze drie vormen respectievelijk mono-, bi- en multidisciplinair overleg.

Tabel 4.6.: Percentage huisartsen dat respectievelijk mono-, bi- en multidisciplinair overleg heeft

soort overleg	gez.centra (N = 355)	groepspr. (N = 270)	V.d. Zee (1979)		Wijkel (1984) (overige praktijkvormen)
			gc	gp	
mono	94,4%	94,8%	62%	81%	88,6%
bi	92,7%	84,1%	50%	63%	88,8%
multi	96,1%	54,1%	97%	42%	41,6%

In beide samenwerkingsvormen hebben bijna alle huisartsen overleg met collega-huisartsen. Ook bidisciplinair overleg is zeer verbreid, zij het in groepspraktijken wat minder dan in gezondheidscentra. Bij het multidisciplinair overleg zien we het duidelijkste verschil. In groepspraktijken heeft ruim de helft van de huisartsen dit overleg en in gezondheidscentra komt het vrijwel algemeen voor. Niettemin is het vermeldenswaard dat toch een (klein) aantal huisartsen in gezondheidscentra geen multidisciplinair overleg heeft.
Van der Zee (1979) vond dit ook; zijn percentages voor mono- en bidisciplinair overleg in gezondheidscentra liggen echter beduidend lager. Zijn percentages voor groepspraktijken liggen over de hele lijn lager dan de onze.
De cijfers van Wijkel (1984) komen in de buurt van die voor huisartsen in groepspraktijken: zeer veel huisartsen hebben mono- en disciplinair overleg en beduidend minder multidisciplinair (dat overigens in de overige praktijkvormen nog weer minder voorkomt dan in groepspraktijken).
We maakten een vergelijking tussen het aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg dat Van der Zee destijds vond en dat wij vinden bij de centra die toen ook al bestonden. Daartoe vormden wij

per centrum een gemiddelde; Van der Zee heeft immers ook gegevens op centrumniveau. Volledigheidshalve voegen we naast gegevens van de oude centra (die in 1978 ook al bestonden) ook cijfers toe van alle centra die in ons onderzoek meededen.

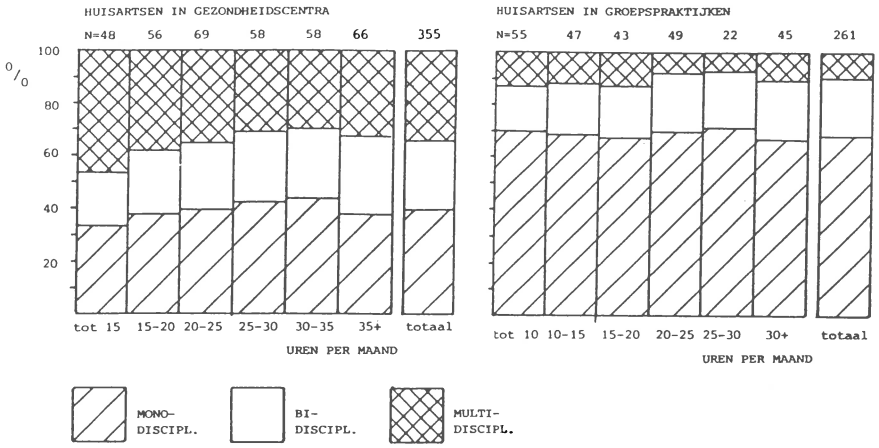
Tabel 4.7.: Gemiddeld aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken per 1978 (Van der Zee) en 1984 (oude en nieuwere centra)

		1978 (N=73) (Van der Zee) uren per mnd	1984 (N=71) (oude) uren per mnd	1984 (alle) uren per mnd
gez.centra	mono	5,7	9,8	10,6
	bi	2,2	6,4	7,1
	multi	8,9	8,6	8,9
	totaal	16,8	24,8	26,5
groepspr.	mono	6,7	12,2	13,1
	bi	2,7	3,9	4,2
	multi	1,4	1,9	2,0
	totaal	10,8	18,0	19,2

Vergelijking van de twee eerste kolommen van tabel 4.6 laat zien dat de toename in het overleg uitsluitend voor rekening komt van de mono- en bidisciplinaire vormen. In gezondheidscentra is de toename van het bidisciplinaire overleg beduidend groter dan in groepspraktijken, wat erop lijkt te wijzen dat de eerder genoemde onderrapportage door de centra in 1978 vooral het bidisciplinair overleg betreft. Vergelijking van de overlegtijd in 1978 met die in 1984 laat derhalve zien dat zowel in gezondheidscentra als groepspraktijken een zwaarder accent is komen te liggen op het overleg met collega-huisartsen. Dit zou kunnen duiden op een ontwikkeling binnen de samenwerkingsverbanden en misschien ook daarbuiten, waarbij de behoefte aan onderling overleg binnen de eigen discipline is toegenomen; opmerkelijk is daarbij dat dat niet ten koste is gegaan van het multidisciplinaire overleg.
Uit de tweede en derde kolom in de tabel blijkt verder dat huisart-

sen in de langer bestaande centra gemiddeld wat minder regulier overleg hebben dan collega's in de jongere centra.
In figuur 4.1 geven we de proportionele verdeling van het mono-, bi- en multidisciplinair overleg uitgesplitst naar het totale overlegvolume van de huisarts.

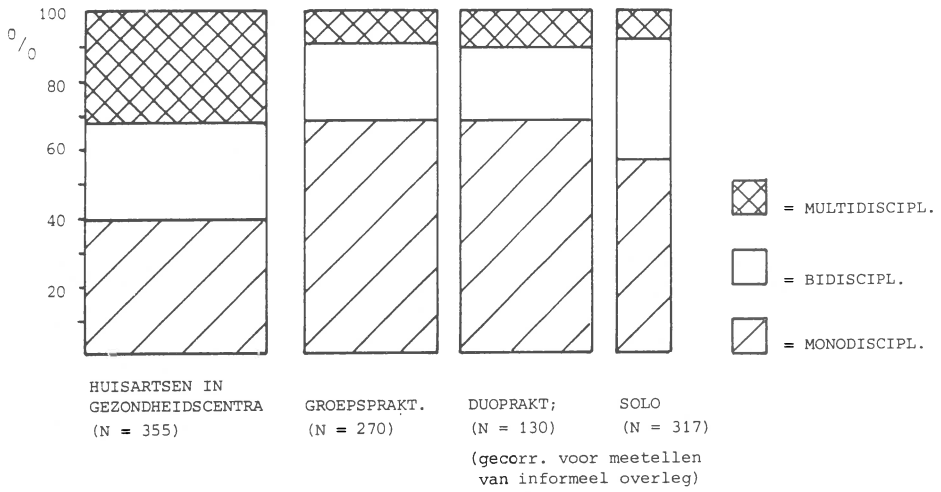
Figuur 4.1.: Proporties mono-, bi- en multidisciplinair overleg bij huisartsen met verschillend totaal overlegvolume



Uit de meest rechtse kolommen van beide blokken blijkt dat het overleg van huisartsen in groepspraktijken voor het grootste gedeelte, ruim tweederde, monodisciplinair wordt gevoerd. Multidisciplinair overleg maakt maar 10% uit van de totale overlegtijd. In gezondheidscentra wordt 40% van de overlegtijd door de huisartsen monodisciplinair besteed en eenderde multidisciplinair. De percentages voor bidisciplinair overleg ontlopen elkaar weinig.

De diagrammen in figuur 4.2 (zie volgende pagina) resumeren per praktijkvorm het totale overlegvolume en de proporties mono-, bi- en multidisciplinair overleg daarin. Voor solo- en duopraktijken zijn de gegevens ontleend aan Wijkel (1984). De oppervlakte van de blokken geeft de totale overlegtijd weer; de segmenten staan voor de verschillende vormen.

Figuur 4.2.: Volume en aard van het overleg in vier praktijkvormen



Tabel 4.8 geeft de tijdsbesteding in uren per maand aan de drie onderscheiden vormen van overleg.

Tabel 4.8.: Tijdsbesteding van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg

uren per mnd	monodisciplinair				bidisciplinair				multidisciplinair			
	gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepsp.	
	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %
tot 3	7	(7)	4	(4)	21	(21)	48	(48)	8	(8)	61	(61)
3- 6	13	(20)	17	(21)	27	(48)	22	(70)	20	(28)	21	(82)
6- 9	22	(42)	18	(39)	20	(68)	14	(84)	27	(55)	11	(93)
9-12	23	(65)	12	(51)	12	(80)	7	(91)	21	(76)	3	(96)
12-15	14	(79)	8	(59)	12	(92)	4	(95)	12	(88)	2	(98)
15-18	9	(88)	16	(75)	5	(97)	2	(97)	7	(95)	-	(98)
18-21	5	(93)	7	(82)	1	(98)	-	(97)	4	(99)	1	(99)
21	7	(100)	18	(100)	2	(100)	3	(100)	1	(100)	1	(100)
totaal	100		100		100		100		100		100	
N =	335		256		329		227		341		146	
gem. uren	11,2		13,9		7,6		4,9		9,2		3,6	
geen overleg	6%		5%		7%		16%		4%		46%	

Gemiddelden in tabel 4.8 zijn berekend over het aantal huisartsen dat de betreffende soort overleg heeft. Optelling van de gemiddelden leidt dan ook niet tot de totalen zoals genoemd in tabel 4.1.
Aan monodisciplinair overleg, waarvan bijna alle respondenten melding maken, besteden huisartsen in groepspraktijken ongeveer 14 uren per maand; dat is bijna drie uur meer dan hun collega's in gezondheidscentra. In het bidisciplinaire overleg steken de huisartsen in gezondheidscentra weer meer tijd, namelijk zo'n zeveneneenhalf uur tegen vijf uur in groepspraktijken. Bij het multidisciplinair overleg is er niet alleen een groot verschil tussen beide praktijkvormen in de deelname, maar ook in de tijd die er mee gemoeid is; ruim negen uur per maand in gezondheidscentra en drieëneenhalf in groepspraktijken.
De gemiddelden uit het onderzoek van Wijkel geven met onze resultaten samen in tabel 4.9 een mooi overzicht van het aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg in verschillende praktijkvormen.

Tabel 4.9.: Gemiddelde tijdsbesteding aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg van huisartsen in verschillende praktijkvormen.

soort overleg	gemiddeld aantal uren per maand*			
	gez.centra	groepspr.	duo**	solo**
monodisciplinair	10,4	13,1	15,0	4,7
bidisciplinair	7,1	4,2	4,5	3,0
multidisciplinair	8,9	2,0	2,3	0,8
totaal	26,4	19,3	21,8	8,5

* gemiddelden berekend over het totale aantal huisartsen
** informeel overleg is volledig meegeteld; correctie zou neerkomen op ± 10% reductie

4.3. Overlegpartners van de huisarts

Tot hier toe hebben we het overleg wel ingedeeld naar de aanwezigheid van één of meer andere disciplines. Welke dat zijn werd nog niet genoemd.

Deze paragraaf geeft inzicht in wie de overlegpartners zijn en hoeveel overleg de huisarts daarmee heeft. Per discipline laten we zien hoeveel overleg (in uren uitgedrukt) de huisarts heeft, waardoor we in staat zijn een soort overlegsociogram samen te stellen. Daarvoor is het nodig dat we het multidisciplinair overleg uiteen rafelen. De totale overlegtijd met een bepaalde discipline is dan opgebouwd uit de som van de bidisciplinaire en multidisciplinaire contacten. Bij de multidisciplinaire contacten wordt dan even afgezien van de aanwezigheid van andere dan die betreffende discipline. De aldus berekende totale overlegtijden per discipline kunnen dus niet opgeteld worden omdat er voor een deel ook andere disciplines bij betrokken zijn, hetgeen tot dubbeltellingen zou leiden. Deze bewerking dient er slechts toe inzicht te krijgen in de totale tijd dat de huisarts hulpverleners van een discipline 'ziet', ongeacht de aard of samenstelling van het overleg.

Tabel 4.10.: Betrokkenheid van zes disciplines bij enige vorm van overleg met de huisarts

discipline	voorkomen van overleg	
	% ha gezondheidscentra	% ha groepspraktijken
(andere) huisarts	96	95
wijkverpleging	97	66
maatschapp. werk	97	65
fysiotherapie	86	55
gezinsverzorging	28	33
apotheker	61	50
N	355	270

In gezondheidscentra hebben vrijwel alle huisartsen overleg met collega-huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. Ook met de fysiotherapie heeft een zeer groot deel besprekingen. In groepspraktijken is het overleg met disciplinegenoten eveneens vrijwel algemeen. Contactpercentages met wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie liggen echter steeds zo'n 30% lager dan in gezondheidscentra. Met apothekers hebben meer huisartsen in gezondheidscentra geregelde contacten dan in groepspraktijken, al is het verschil niet zo groot als bij de eerder genoemde disciplines.

Overleg met de jongste kerndiscipline, de gezinsverzorging, is nog het minst van de grond gekomen; eenderde van de huisartsen in groepspraktijken vermeldt dit en een nog wat kleiner deel in gezondheidscentra.

Tabel 4.11.: Totale aantal uren dat de huisarts (over verschillende onderwerpen) overleg heeft met zes disciplines

uren per mnd	(andere) huisarts				wijkverpleging				maatschappelijk werk			
	gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepsp.	
	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %
tot 3	7	(7)	4	(4)	6	(6)	67	(67)	4	(4)	59	(59)
3- 6	12	(19)	16	(20)	14	(20)	23	(90)	20	(24)	26	(85)
6- 9	20	(39)	17	(37)	21	(41)	4	(94)	25	(49)	8	(93)
9-12	23	(62)	13	(50)	25	(66)	3	(97)	23	(72)	3	(96)
12-15	15	(77)	9	(59)	12	(78)	2	(99)	13	(85)	2	(98)
15-18	9	(86)	16	(75)	12	(90)	-	(99)	8	(93)	1	(99)
18	14	(100)	25	(100)	10	(100)	1	(100)	7	(100)	1	(100)
totaal	100		100		100		100		100		100	
N =	340		256		346		177		344		176	
gem. uren	11,5		14		10,7		3,1		9,9		3,5	

uren per mnd	fysiotherapie				gezinsverzorging				apotheek			
	gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepspr.		gez.centra		groepsp.	
	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %	%	cum. %
tot 3	30	(30)	58	(58)	33	(33)	81	(81)	69	(69)	89	(89)
3- 6	15	(45)	24	(82)	30	(63)	16	(97)	15	(84)	4	(93)
6- 9	18	(63)	6	(88)	24	(87)	2	(99)	11	(95)	1	(94)
9-12	13	(76)	6	(94)	7	(94)	1	(100)	2	(97)	2	(96)
12-15	12	(88)	4	(98)	1	(95)	-		2	(99)	3	(99)
15	12	(100)	2	(100)	5	(100)	-		1	(100)	1	(100)
totaal	100		100		100		100		100		100	
N =	306		148		98		89		217		135	
gem. uren	8		4		5,6		2,1		3,3		2	

Deze uitvoerige tabel leert dat het overleg met collega's van de eigen beroepsgroep in kwantitatieve zin althans, de eerste plaats inneemt; dat geldt dus ook voor de multidisciplinair samenwerkende

huisartsen in gezondheidscentra. In groepspraktijken is het aantal uren waarin (onder andere) met collega's wordt overlegd nog wat groter dan in gezondheidscentra. Het contrast met het aantal uren dat wijkverpleging en maatschappelijk werk worden gezien is in groepspraktijken groot en in gezondheidscentra vrijwel afwezig. Ook met fysiotherapeuten blijken huisartsen in gezondheidscentra een tamelijk innige samenwerkingsrelatie te onderhouden. Voor huisartsen in groepspraktijken is er niet zoveel verschil in het aantal uren dat wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapeuten in overleg worden getroffen. Met gezinsverzorging en apotheker wordt duidelijk minder overleg gevoerd dan met eerder genoemde disciplines; en ook hier eveneens door huisartsen in groepspraktijken minder dan door hun collega's in gezondheidscentra.
In de onderste helft van tabel 4.11 is geen rekening gehouden met het feit dat fysiotherapie, gezinsverzorging en apothekers niet van alle centra deel uitmaken. Tabel 4.12 geeft daarom het gemiddelde aantal uren uitgesplitst naar huisartsen in centra mèt en zonder de betreffende discipline. Het gemiddelde is ook hier berekend over het aantal huisartsen dat met betreffende hulpverlener regulier overleg heeft; het percentage dat dit niet heeft is tevens vermeld.

Tabel 4.12.: Gemiddeld aantal uren overleg van huisartsen met fysiotherapeuten, leiding gezinsverzorging en apothekers in gezondheidscentra met en zonder die disciplines

	regulier overleg met:					
	fysiotherapeuten		leiding gezinsverz.		apothekers	
	centra met fysioth.	centra zonder fysioth.	centra met gez.verz.	centra zonder gez.verz.	centra met apoth.	centra zonder apoth.
gemidd. uren per mnd	9,6	2,5	6,5	4,1	4,4	2,6
N =	239	67	68	30	85	132
geen overleg	5%	35%	20%	89%	8%	50%

Verschillen waren uiteraard te verwachten; maar ze zijn fors. In de eerste plaats heeft in centra met de betreffende discipline een veel groter deel van de huisartsen daar overleg mee dan collega's in andere centra. En ook het gemiddeld aantal uren overleg is in de eerste situatie beduidend hoger. In centra met fysiotherapeuten hebben huisartsen met hen ongeveer evenveel overleg als met de wijkverpleging en het maatschappelijk werk. In centra zonder fysiotherapie heeft een wat groter deel van de huisartsen overleg met fysiotherapeuten dan in groepspraktijken; het gemiddelde aantal uren is echter wat lager dan in groepspraktijken. Overleg met de gezinsverzorging heeft maar een heel klein deel van de huisartsen in centra zonder die discipline; duidelijk minder dan in groepspraktijken, waar echter het gemiddeld aantal overleguren per huisarts wat lager ligt. Wat het overleg met apothekers betreft vertonen de cijfers van huisartsen in centra zonder apothekers veel overeenkomst met die van collega's in groepspraktijken.

Het gemiddelde aantal uren overleg per discipline is in de vorige twee tabellen steeds berekend over het aantal huisartsen dat feitelijk overleg heeft met de betreffende discipline. Dat laatste aantal is steeds verschillend. Alleen de beide gegevens samen zeggen iets over de importantie van een discipline met betrekking tot het overleg dat huisartsen er mee hebben. Vandaar dat we ter afsluiting van deze paragraaf de gemiddelden berekend over het totale aantal huisartsen presenteren. Deze maat leent zich ook goed voor grafische weergave in figuur 4.3.

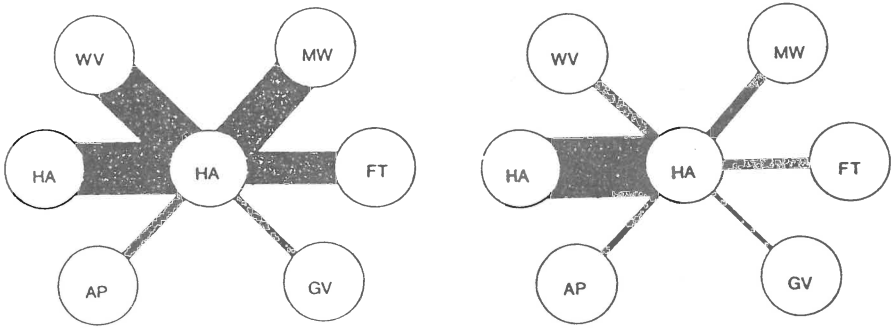
Tabel 4.13.: gemiddeld aantal uren dat huisartsen geregeld overleg hebben met zes veel voorkomende disciplines

Discipline	gemiddeld aantal uren*	
	gez. centrum**	groepspr.
(andere) huisarts	11,0	13,3
wijkverpleging	10,5	2,0
maatschappelijk werk	9,6	2,3
fysiotherapie	6,9 (9,1)	2,2
gezinsverzorging	1,6 (5,1)	0,7
apotheker	2,0 (4,1)	1,0

* optelling is niet toegestaan vanwege dubbeltellingen bij multidisciplinair overleg
gemiddelden zijn berekend over alle huisartsen in betreffende samenwerkingsvorm

** tussen haakjes het gemiddeld aantal uren van huisartsen in de centra waarin die discipline vertegenwoordigd is.

Figuur 4.3.: meest voorkomende overlegpartners van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken



(HA=huisarts; WV=wijkverpleging; MW=maatschappelijk werk; FT=fysiotherapie; GV=gezinsverzorging; AP=apotheker)

Wat het aantal uren overleg met maatschappelijk werkenden betreft, zijn we in de gelegenheid te vergelijken wat maatschappelijk werkenden daar zelf over te melden hebben. Kersten deed een onderzoek naar de samenwerking van het Algemeen Maatschappelijk Werk met de eerstelijnsgezondheidszorg (Kersten, 1985). Zestig procent van de algemeen maatschappelijk werkers heeft een dergelijke samenwerking en gemiddeld gaat daar maandelijks vier uur overlegtijd in zitten. De categorie met het meeste overleg, in stedelijke gebieden met een grote overlap met de eerste lijn, besteedt 8,8 uur per maand aan eerstelijnsoverleg. We mogen aannemen dat de huisarts daar in het algemeen bij aanwezig is. Toch is dat nog wat lager dan de schatting van die tijd door de huisarts; het verschil is ongeveer 10%. De populaties zijn echter niet gelijk; in de genoemde categorie zitten ook maatschappelijk werkenden die niet in een gezondheidscentrum zitten.
De samenwerkingstijd die huisartsen in groepspraktijken met het maatschappelijk werk zeggen te hebben ligt met 2,3 uur onder het gemiddelde van Kersten.

5. OVERLEG INHOUDELIJK

Uit het vorige hoofdstuk weten we weliswaar hoeveel tijd huisartsen aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg besteden en wie daarbij zoal de overlegpartners zijn; waarover ze het dan hebben is toen echter nog niet ter sprake gekomen. Dat doen we in dit hoofdstuk.
Bij de inleiding maakten we, naar de inhoud, al onderscheid naar de volgende vormen van overleg: **patiëntenoverleg, organisatorisch** overleg, overleg over het **functioneren** van de samenwerking, **na- en bijscholing,** en **onderlinge toetsing.**
Op deze plaats voegen we daar het **informele** overleg en het **ad hoc** overleg als categorieën aan toe.
Informeel overleg kan over allerlei onderwerpen gaan en heeft plaats tijdens bijeenkomsten die primair een ongedwongen samenzijn beogen zoals koffie-, thee- en lunchpauzes.
Bovengenoemde vormen van overleg kunnen, op een uitzondering na, zowel mono-, bi- als multidisciplinair gehouden worden. Een ander kenmerk is dat de bijeenkomsten regelmatig op vaste tijdstippen plaatsvinden. Als die regelmaat er niet is spreken we van: ad hoc overleg. Ad hoc overleg vindt incidenteel plaats, niet op vaste tijdstippen, naar behoefte, is doorgaans patiëntgericht, maar gaat eventueel ook over andere kwesties die niet kunnen wachten tot een volgende reguliere bijeenkomst.

Met deze opsomming is ook de globale indeling van dit hoofdstuk gegeven. Eerst laten we zien hoeveel tijd de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken gemiddeld aan deze categorieën besteden. Daarna behandelen we telkens per overlegvorm de tijdsbesteding zowel mono-, bi- als multidisciplinair, met wie dat overleg gevoerd wordt en met welke frequentie men daarvoor bij elkaar komt. Ook wordt aandacht besteed aan mogelijke verbanden met kenmerken van het samenwerkingsverband.
Vooraf moet nog één opmerking worden gemaakt. Bij het invullen van de enquête is de huisartsen gevraagd om bijeenkomsten met een duidelijk gemengd karakter, bijvoorbeeld zowel patiënten- als organisatorisch overleg naar evenredigheid over deze categorieën te verdelen. Bij een overzicht van de frequentie van bijeenkomen dient men dan ook te bedenken dat dit niet in alle gevallen afzonderlijke bijeenkomsten betreft.

5.1. Gemiddelde tijdsbesteding per overlegsoort

De eerste tabel van dit hoofdstuk geeft een globaal overzicht van het (kwantitatieve) belang van de verschillende vormen van overleg voor de huisarts. Getoond wordt welk deel van de huisartsen het betreffende overleg heeft en hoeveel uren per maand daar gemiddeld in gaan zitten.

Tabel 5.1.: Gemiddelde tijd die huisartsen aan verschillende soorten van geregeld overleg besteden

	pat. overleg		org. overleg		overleg funct.		na/bij-scholing	
	gc	gp	gc	gp	gc	gp	gc	gp
gemidd. uren per maand	9,8	8,3	5,1	4,6	3,4	2,4	2,4	3,0
N =	352	234	340	223	276	163	241	143
geen overleg	3 (1%)	36 (13%)	15 (4%)	47 (17%)	79 (22%)	107 (40%)	114 (32%)	127 (47%)
gemidd. uren over alle ha	9,8	7,2	4,9	3,8	2,7	1,4	1,6	1,6
stand.dev.	6,3	6,7	3,2	4,0	2,7	2,1	1,9	2,6

	ond. toets.		inform. overleg		overig overleg		totaal	
	gc	gp	gc	gp	gc	gp	gc	gp
gemidd. uren per maand	2,3	3,6	5,8	4,6	2,7	1,2	26,4	18,9
N =	103	52	322	229	201	113	355	261
geen overleg	252 (71%)	218 (81%)	33 (9%)	41 (15%)	154 (43%)	157 (58%)	0	9 (3%)
gemidd. uren over alle ha	0,6	0,7	5,3	3,9	1,6	0,6	26,4	19,3
stand.dev.	1,3	1,9	4,3	2,8	2,2	1,0	11,3	11,8

Duidelijk blijkt patiëntenoverleg de belangrijkste, althans de meeste tijd vragende, vorm van overleg te zijn zowel in gezondheidscentra als groepspraktijken. We zien dat niet alleen in het gemiddelde aantal uren dat daaraan maandelijks wordt besteed, maar ook aan het feit dat in gezondheidscentra vrijwel alle artsen dit soort overleg voeren en in groepspraktijken 87%.
Ook het organisatorisch overleg neemt een gewichtige plaats in; in gezondheidscentra in wat sterkere mate dan in de groepspraktijken, al is de urenbesteding daaraan duidelijk minder dan aan patiëntenbesprekingen.
Evenals in het vorige hoofdstuk is de tijd van het informele samenzijn tijdens pauzes en dergelijke voor de helft als overlegtijd aangemerkt. In uren per maand uitgedrukt neemt het, ook hier in gezondheidscentra nog wat meer dan in groepspraktijken, een belangrijke plaats in.
Duidelijk minder wordt er expliciet gesproken over het functioneren van de samenwerking. Bijna een kwart van de centrumartsen en 40% van hun collega's in groepspraktijken doet daar niet aan.
Na- en bijscholing doet ongeveer tweederde van de artsen in de centra en ruim de helft van die in groepspraktijken; laatstgenoemden besteden daar gemiddeld wat meer tijd aan. Onderlinge toetsing doet slechts een minderheid: 29% in gezondheidscentra en 19% in groepspraktijken; ook hier besteden laatstgenoemden weer wat meer tijd aan.
Onder de noemer van overig overleg staan die overlegsituaties die huisartsen in de genoemde categorieën niet kwijt konden. Vaak zijn hierbij ook instanties van buiten het samenwerkingsverband betrokken zoals de RIAGG- of GVO-functionarissen.

Tabel 5.2 (zie volgende pagina) geeft een vergelijking voor de verschillende praktijkvormen; toegevoegde gegevens zijn ontleend aan het onderzoek van Wijkel. (Uren berekend over het aantal huisartsen met het betreffende overleg).

Daaruit blijkt dat solistisch werkende huisartsen in het algemeen het minst zijn betrokken bij de genoemde vormen van overleg. Collega's in duopraktijken hebben genoemd overleg minder dan huisartsen in groepspraktijken en besteden er gemiddeld ook minder tijd aan. Een uitzondering vormt het patiëntenoverleg waarbij ze evenveel betrokken zijn als huisartsen in groepspraktijken en waaraan ze zelfs het meeste aantal uren per maand besteden (al moet er hierbij aan herinnerd worden dat Wijkel het informeel overleg integraal meetelde).

Tabel 5.2.: Tijdsbesteding aan verschillende soorten van overleg in diverse praktijkvormen

huisartsen in	pat.overleg		org.overleg		overl. funct.	
	uren per mnd	% ha	uren per mnd	% ha	uren per mnd	% ha
gezondh.centra	9,8	(99)	5,1	(96)	3,4	(78)
groepspraktijken	8,3	(87)	4,6	(83)	2,4	(60)
duoprakt. (N=130)	11,0	(85)	2,8	(76)	1,0	(37)
soloprakt. (N=317)	4,0	(57)	1,3	(69)	0,5	(26)

huisartsen in	na/bijsch.		ond. toets.		inform.overl.	
	uren per mnd	% ha	uren per mnd	% ha	uren	% ha per mnd
gezondh.centra	2,4	(68)	2,3	(29)	5,8	(91)
groepspraktijken	3,0	(53)	3,6	(19)	4,6	(85)
duoprakt. (N=130)	1,8	(44)	0,3	(15)	1,8	(27)
soloprakt. (N=317)	0,5	(33)	0,3	(13)	1,3	(30)

5.2. Patiëntenoverleg

Bij samenwerking in de gezondheidszorg is het voornamelijk begonnen om verbetering van de zorg voor patiënten en cliënten. Het inleidend hoofdstuk van dit rapport was dan ook voornamelijk gewijd aan de patiëntenbespreking. En ook uit de vorige paragraaf blijkt dat dit overleg een prominente plaats inneemt.
Tabel 5.3 (volgende pagina) geeft een overzicht van het aantal uren dat huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra in verschillende vergaderingen (dus zowel mono-, bi- als multidisciplinair) patiëntenoverleg hebben.

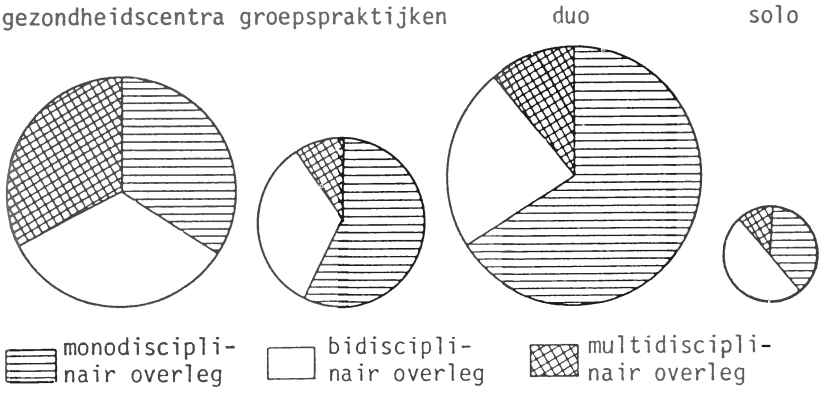
Behalve dat in gezondheidscentra een groter deel van de huisartsen patiëntenoverleg heeft is het aantal uren dat daaraan besteed wordt, ook groter dan bij collega's in groepspraktijken. Het verschil is ongeveer 1,5 uur per maand.

Tabel 5.3.: Omvang van het patiëntenoverleg

uren per maand	ha in gez.centra		ha in groepspr.	
	%	cum %	%	cum %
tot 3	9	9	23	23
3- 6	23	32	23	46
6- 9	21	53	16	62
9-12	22	75	15	77
12-15	8	83	13	90
15-18	7	90	4	94
meer dan 18	10	100	6	100
totaal	100		100	
N	352 (99%)		234 (87%)	
gemiddeld	9,8		8,3	

Zoals gezegd geeft de frequentieverdeling in de tabel het totale volume van het patiëntenoverleg. Figuur 5.1 laat de onderverdeling zien naar mono-, bi- en multidisciplinaire samenstelling van het overleg. De diameter van de cirkels heeft betrekking op het gemiddeld aantal uren patiëntenoverleg in de verschillende praktijkvormen (berekend over het totale aantal huisartsen om onderlinge vergelijking mogelijk te maken); de segmenten staan voor de samenstelling (mono-, bi- en multidisciplinair). Wijkel's gegevens zijn toegevoegd.

Figuur 5.1.: Samenstelling patiëntenoverleg in vier praktijkvormen



Bij huisartsen in gezondheidscentra is het patiëntenoverleg perfect verdeeld over mono-, bi- en multidisciplinaire bijeenkomsten. In de drie andere vormen is het multidisciplinaire patiëntenoverleg met 10 à 12% van zeer beperkte betekenis. In de primair monodisciplinaire samenwerkingsvormen groeps- en duopraktijk zien we dat het hoofdaccent op de monodisciplinaire vorm ligt (resp. 57% en 66%). Solistisch werkende (of liever gezegd: gehuisveste) dokters moeten voor alle overleg 'de deur uit'. De omvang van het patiëntenoverleg is bij hen dan ook veel kleiner, wat in de diameter van de cirkel is gegeven, en relatief hebben zij het meest bilaterale contacten met hulpverleners van andere disciplines.
Het is evident dat monodisciplinair patiëntenoverleg met andere huisartsen plaatsvindt, en wat de partners van andere disciplines betreft liggen wijkverpleging en maatschappelijk werk voor de hand. De volgende tabel laat zien in hoeverre deze verwachting uitkomt, en hoeveel uren de verschillende disciplines in patiëntenoverleg worden gezien. Daartoe is het multidisciplinair overleg, net als in hoofdstuk 4, weer uiteengerafeld tot de afzonderlijke disciplines.

Tabel 5.4.: Omvang van het patiëntenoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines

overlegpartners	ha in gez.centra			ha in groepspr.		
	gemidd.uren per maand	N	(%)	gemidd.uren per maand	N	(%)
(andere) huisarts	4,6	270	(76%)	7,0	159	(59%)
wijkverpl.	4,5	325	(92%)	1,7	148	(55%)
maatsch.w.	4,1	322	(91%)	1,9	157	(58%)
fysiotherapie	3,4	263	(74%)	2,3	136	(50%)
gezinsverz.	3,4	72	(20%)	1,4	66	(24%)
apotheker	1,9	67	(19%)	2,2	28	(10%)

Een kwart van de huisartsen in gezondheidscentra en ruim 40% in groepspraktijken heeft geen patiëntenbespreking met collega-huisartsen. In gezondheidscentra nemen wijkverpleging en maatschappelijk werk daarbij een duidelijk belangrijker plaats in. Fysiotherapeuten hebben een vergelijkbare positie als collega-huisartsen. In groepspraktijken zien we dat de percentages huisartsen die patiëntenover-

leg hebben met collega's, wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie elkaar niet veel ontlopen, namelijk tussen de 50 en 60%; dat is duidelijk minder dan in gezondheidscentra. Huisartsen in groepspraktijken die dit overleg hebben met collega's besteden daar zeven uur per maand aan, en dat is veel meer dan welke andere categorie ook in de tabel. Met gezinsverzorging en apothekers wordt door duidelijk minder huisartsen patiëntenoverleg gevoerd.
Het aantal aanwezige disciplines bij multidisciplinair patiëntenoverleg staat in tabel 5.5

Tabel 5.5.: Aantal deelnemende disciplines bij multidisciplinair patiëntenoverleg

aantal disciplines	ha in gez.centra	ha in groepspr.
3	66 (22%)	33 (32%)
4	94 (32%)	32 (31%)
5	83 (28%)	18 (17%)
6	37 (13%)	11 (11%)
7 of meer	15 (5%)	10 (9%)
totaal	295 (100%)	104 (100%)

In zowel gezondheidscentra als groepspraktijken zijn bij het merendeel van het patiëntenoverleg drie tot vijf disciplines aanwezig. In gezondheidscentra is het gemiddeld aantal disciplines iets hoger dan in groepspraktijken. Het maximum aantal dat werd genoemd is respectievelijk negen en acht.
Vermeldenswaard is nog dat praktijk- of centrumassistenten door ruim eenderde van huisartsen in gezondheidscentra en door 9% van de artsen in groepspraktijken worden genoemd als deelnemers aan het multidisciplinair patiëntenoverleg. De pastor wordt door respectievelijk 3% en 19% genoemd en de RIAGG in beide samenwerkingsvormen door 11% van de huisartsen.

Na de tijdsbesteding aan patiëntenoverleg en de daarbij betrokken disciplines gaan we in tabel 5.6 nu verder met de frequentie waarmee dat overleg plaatsvindt. We onderscheiden daarbij de mono-, bi- en multidisciplinaire vormen.

Tabel 5.6.: Frequentie van het patiëntenoverleg

frequentie	monodisc.		bi-disciplinair*						multidisc.	
			met wv		met mw		met fys.			
	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %
dagelijks	10	32	2	-	1	-	-	3	3	-
1à2x per wk	70	51	53	15	22	7	31	25	50	12
2à3 wekelijks	13	6	18	24	27	28	20	6	31	32
maandelijks	7	9	22	47	44	50	39	47	15	46
minder dan maandelijks	0	2	5	14	6	15	10	19	1	10
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	263	159	195	101	143	86	216	126	294	101

* De drie meest voorkomende disciplines zijn vermeld

Monodisciplinair patiëntenoverleg vindt het meest frequent plaats; ongeveer 80% van de huisartsen heeft een dergelijk overleg dagelijks tot één keer per week. In bi- of multidisciplinaire vorm komt het vrijwel niet dagelijks voor. In gezondheidscentra is de frequentie van het bi- en multidisciplinair overleg duidelijk groter dan in groepspraktijken.
Huisartsen in de centra hebben met de wijkverpleging frequenter bilaterale patiëntenbesprekingen dan met andere disciplines. Waarschijnlijk komt dat door het consultatiebureau-overleg. Huisartsen in groepspraktijken hebben met fysiotherapeuten frequenter bilateraal overleg dan met andere beroepsgroepen.

Patiëntenoverleg en praktijkkenmerken

We zouden verwachten dat huisartsen die een **afgestemd werkgebied** hebben met wijkverpleging en maatschappelijk werk of in wier praktijk deze disciplines praktijkgebonden werken meer reden hebben voor patiëntenoverleg en daar dan ook meer tijd aan besteden dan collega's bij wie dat niet het geval is. Van een dergelijk verband is ons evenwel niets gebleken. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat huisartsen die, wat afstemming betreft, in minder gunstige omstan-

digheden verkeren, met een groter aantal wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden te maken hebben en daardoor meer verschillende overlegsituaties hebben die tezamen toch ongeveer evenveel tijd vergen.
Wel vonden we een duidelijk negatief verband tussen de **omvang van het team** in gezondheidscentra en de hoeveelheid tijd besteed aan patiëntenoverleg ($R= -.20$ $p \leq 0.001$). Overleggen in een groot team over concrete patiënten is niet altijd efficiënt; het is niet onaannemelijk dat dat dan ook de achtergrond is van dit resultaat. Overigens zijn er ook grote teams die zich om deze reden hebben opgesplitst in kleinere functionele eenheden en slechts in beperkte mate als geheel bijeenkomen (bijvoorbeeld over beleidskwesties).
Het **startjaar** van het gezondheidscentra of de groepspraktijk blijkt niet te discrimineren wat betreft de hoeveelheid tijd voor patiëntenoverleg. Het is dus niet gebleken dat jonge teams hieraan meer tijd besteden dan oudere en wellicht meer geroutineerde. De iets geringere totale overlegtijd van huisartsen in langer bestaande centra (zie tabel 4.7) moet dus in andere vormen dan het patiëntenoverleg gezocht worden.
Evenals in hoofdstuk 4 vonden we ook hier een verschil tussen wel en niet **dienstverbandcentra.** Huisartsen in dienstverbandcentra hebben meer patiëntenoverleg dan hun collega's die niet in loondienst zijn. (Van de huisartsen in loondienst heeft 19% minder dan zes uur per maand patiëntenoverleg en van de overigen is dat bij 39% het geval). Dit zou er op kunnen wijzen dat huisartsen in dienstverbandcentra in de directe patiëntenzorg intensiever samenwerken met andere hulpverleners dan collega's in andere centra.

5.3. Organisatorisch overleg

Huisartsen in gezondheidscentra hebben bijna allemaal regulier overleg over organisatorische kwesties, zoals blijkt uit tabel 5.7 op de volgende bladzijde. In groepspraktijken is dat iets minder, maar toch ook een grote meerderheid. Er gaan echter heel wat minder uren in dit soort overleg zitten dan in de patiëntenbespreking; bijna de helft. (De gemiddelden zijn hier ook weer berekend over het aantal huisartsen dat geregeld organisatorisch overleg heeft).

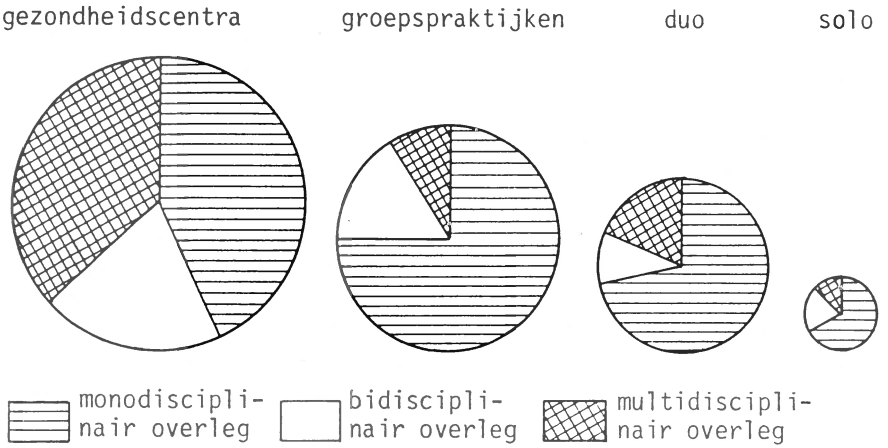
De uren in tabel 5.7 zijn afkomstig van diverse overlegsituaties, zowel mono-, bi- als multidisciplinair. Hoe de verdeling over deze drie overlegtypen is, uitgesplitst naar de vier bekende praktijkvor-

Tabel 5.7.: Omvang van het organisatorisch overleg

uren per maand	ha in gez.centra		ha in groepspr.	
	%	cum %	%	cum %
tot 3	26	26	46	46
3- 6	44	70	26	72
6- 9	20	90	16	88
9-12	6	96	7	95
12-15	3	99	1	96
15^{+}	1	100	4	100
totaal	100		100	
N	340 (96%)		223 (83%)	
gemiddeld	5,1		4,6	

men, laat figuur 5.2 zien. Ook hier houdt de diameter van de cirkels weer verband met de omvang van het organisatorisch overleg in de betreffende praktijkvorm (gemiddeld aantal uren per maand berekend over alle huisartsen), en geven de segmenten de proporties mono-, bi- en multidisciplinair samengesteld overleg weer. (De cirkels hebben een andere schaal dan die in figuur 5.1; alleen de segmentenverdeling van beide figuren kan dus vergeleken worden).

Figuur 5.2.: Samenstelling van het organisatorisch overleg in vier praktijkvormen



De verschillen tussen de praktijkvormen in het overlegvolume zijn veel kleiner dan bij het (meer inhoudelijke) patiëntenoverleg; van links naar rechts bedraagt het gemiddeld aantal uren per maand respectievelijk 5,1, 4,6, 2,8 en 1,3. Een ander verschil met het patiëntenoverleg is de grotere nadruk op het monodisciplinair samengestelde overleg. Waarschijnlijk speelt hier het overleg rond de avond- en weekenddiensten van de huisartsen een rol.
In gezondheidscentra, waar huisartsen het meest organisatorisch overleggen, wordt dit relatief minder vaak monodisciplinair gedaan dan in de drie andere praktijkvormen. Een belangrijk deel, ruim eenderde, van dit overleg geschiedt daar multidisciplinair.

Uit tabel 5.8 kan opgemaakt worden met welke disciplines de huisartsen het meest te maken hebben in het organisatorisch overleg. Deelnemers aan multidisciplinaire bijeenkomsten worden daarbij weer afzonderlijk per discipline bekeken.

Tabel 5.8.: Omvang van het organisatorisch overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines

overlegpartners	ha in gez.centra			ha in groepspr.		
	gemidd.uren per maand*	N	(%)	gemidd.uren per maand*	N	(%)
(andere) huisarts	2,7	293	(83%)	3,8	202	(75%)
wijkverpl.	2,5	287	(81%)	1,3	76	(28%)
maatsch.w.	2,4	276	(78%)	1,5	81	(30%)
fysiotherapie	2,4	203	(57%)	2,1	50	(19%)
gezinsverz.	1,5	49	(14%)	0,8	35	(13%)
apotheker	1,8	89	(25%)	1,8	31	(11%)

* Optellen van deze uren is niet zinvol wegens dubbeltellingen bij multidisciplinair overleg.

Collega-huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk nemen in gezondheidscentra wat dit overleg betreft ongeveer vergelijkbare posities in; zowel wat het percentage huisartsen betreft dat met die disciplines organisatorisch overleg heeft als het gemiddeld aantal uren. Met fysiotherapeuten is dat gemiddelde ongeveer hetzelfde; het percentage huisartsen dat met hen overlegt over organisatorische

zaken is echter lager.
In groepspraktijken komen collega-huisartsen bij het organisatorisch overleg duidelijk op de eerste plaats. Wijkverpleging, maatschappelijk werk en fysiotherapie zijn in dat opzicht veel minder belangrijk; het is ook slechts een minderheid van de huisartsen die met hen dit overleg heeft. Gezinsverzorging neemt ook hier een zeer bescheiden plaats in.
Een kwart van de huisartsen in gezondheidscentra heeft organisatorisch overleg met de apotheker; in groepspraktijken slechts 11%.
Het organisatorisch overleg met fysiotherapie, gezinsverzorging en apothekers is in sterke mate bepaald door de aanwezigheid van deze disciplines in een centrum. Waar betreffende discipline ontbreekt, is het organisatorisch overleg van veel geringere betekenis.
Tabel 5.9 laat zien hoeveel van de eerder genoemde disciplines bij multidisciplinair organisatorisch overleg aanwezig zijn; per definitie zijn er dat tenminste drie.

Tabel 5.9.: Aantal deelnemende disciplines aan multidisciplinair organisatorisch overleg

aantal disciplines	ha in gez.centra	ha in groepspr.
3	44 (16%)	20 (26%)
4	54 (19%)	27 (36%)
5	74 (26%)	9 (12%)
6	47 (17%)	10 (13%)
7 of meer	61 (22%)	10 (13%)
totaal	281 (100%)	76 (100%)

Het gemiddeld aantal deelnemende disciplines aan multidisciplinair organisatorisch overleg is in gezondheidscentra wat hoger, namelijk 5, dan in groepspraktijken (ruim 4). Dat blijkt ook uit de verschillende verdelingen in tabel 5.9.
Het maximum aantal aanwezige disciplines bedraagt respectievelijk tien en acht. De helft van de huisartsen in gezondheidscentra en een kwart van hun collega's in groepspraktijken laat weten dat ook praktijk- of centrumassistenten bij het multidisciplinair organisatorisch overleg aanwezig zijn. In groepspraktijken noemt 20% de pastor als participant; in gezondheidscentra slechts 2%. Elf procent van de

huisartsen in gezondheidscentra vermeldt de verloskundige als deelnemer (in groepspraktijken geen) en 10% de coördinator van het samenwerkingsverband (3% in groepspraktijken). De RIAGG tenslotte wordt door 10% in gezondheidscentra en 4% in groepspraktijken genoemd als deelnemer aan dit organisatorisch overleg.

Tabel 5.10.: Frequentie van het organisatorisch overleg

frequentie	monodisc.		bi-disciplinair*						multidisc.	
			met wv		met mw		met fys.			
	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %
dagelijks	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-
1à2x per wk	42	38	4	13	6	7	11	10	22	11
2à3 wekelijks	19	10	20	13	20	10	6	5	25	17
maandelijks	34	33	42	29	42	42	49	43	43	42
minder dan maandelijks	4	15	34	45	32	41	34	42	10	30
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	287	201	92	31	55	29	47	21	278	76
	(81%)	(74%)	(26%)	(11%)	(15%)	(11%)	(13%)	(8%)	(78%)	(28%)

* Dit zijn uiteraard niet alle disciplines waarmee bidisciplinair wordt overlegd over organisatorische zaken.

Organisatorisch overleg is geen dagelijkse aangelegenheid zoals uit tabel 5.10 blijkt. In monodisciplinair verband wordt het nog het meest frequent gehouden; in beide samenwerkingsverbanden liggen zwaartepunten bij 1 à 2 maal per week en maandelijks. Multidisciplinair is maandelijks de modale categorie. In bidisciplinaire samenstelling is de frequentie het laagst: maandelijks of nog minder vaak.

Organisatorisch overleg en praktijkkenmerken

Meer dan bij het patiëntenoverleg onderscheiden huisartsen met een **dienstverband** zich van de overige in de hoeveelheid organisatorisch overleg; zij besteden daaraan beduidend meer tijd dan hun collega's in centra waarin als vrij ondernemer wordt gewerkt. Onderstaande

tabel illustreert dat.

Tabel 5.11.: Verband tussen de omvang van het organisatorisch overleg en het dienstverband van huisartsen in gezondheidscentra

uren per maand	dienstverband	geen dienstverband	totaal
tot 4	13 (11%)	90 (37%)	103 (29%)
4-6	46 (40%)	106 (44%)	152 (43%)
meer dan 6	54 (48%)	46 (19%)	100 (28%)
totaal	113 (100%)	242 (100%)	355 (100%)

In dienstverbandcentra wordt er een veel groter beroep gedaan op huisartsen om zich met bestuurlijke en huishoudelijke zaken bezig te houden. Het is niet verwonderlijk dat juist in die hoek de roep om een centrum-coördinator het grootst is.
In tegenstelling tot het patiëntenoverleg vinden we hier bij het organisatorisch overleg wel een lichte samenhang met de **afstemming van werkgebieden.** Huisartsen in centra met afgestemde werkgebieden van de drie kerndisciplines of waar praktijkgebonden wordt gewerkt behoren voor eenderde deel tot de categorie met het meeste organisatorisch overleg; van de anderen maakt slechts eenvijfde deel uit van die hoogste categorie.
De **grootte van het team** blijkt geen samenhang te vertonen met de omvang van het organisatorisch overleg. Dat is in gezondheidscentra wel het geval met de **startdatum.** De centra die twee jaar of korter bestaan hebben meer organisatorisch overleg dan de oudere ($R = -.14$ $p \leq 0.05$). De beginfase van een gezondheidscentrum vraagt veel tijd van betrokkenen voor het opzetten van de organisatie, procedures en dergelijke. In groepspraktijken doet de teamleeftijd er niet toe; daar is de organisatiestructuur ook veel eenvoudiger.
Tenslotte blijkt er een licht effect van de **vestigingsplaats** ($R = .18$ en $.15$ $p \leq 0.02$). Verschil treedt in beide samenwerkingsvormen op vooral tussen (verstedelijkt) platteland en de grote steden. In de grote steden heeft een groot deel van de huisartsen veel organisatorisch overleg; op het platteland besteden ze daar in relatief veel gevallen juist weinig tijd aan. De overige typen vestigingsplaatsen zitten dichter bij het gemiddelde of hebben te weinig waarnemingen

om zinvol te interpreteren. De gevonden verschillen tussen stad en platteland zijn waarschijnlijk terug te voeren tot het grotere aantal instanties en voorzieningen in de stad waarmee overlegd moet worden.

5.4. Overleg over het functioneren van de samenwerking

Waar men samenwerkt kan het zin hebben op gezette tijden te evalueren of het verloopt zoals men het zich heeft voorgesteld. Dat kan op verschillende manieren gebeuren, bijvoorbeeld regelmatig als onderdeel van een overleg waarin ook andere zaken besproken worden of nu en dan gedurende langere tijd of allebei. De diepgang van deze evaluaties kan uiteraard heel verschillend zijn; in dit onderzoek zijn daarover geen gegevens verzameld. Het feit echter dat een team regelmatig tijd reserveert voor dit doel zegt iets over de samenwerking. Om hoeveel tijd het gaat blijkt uit tabel 5.12.

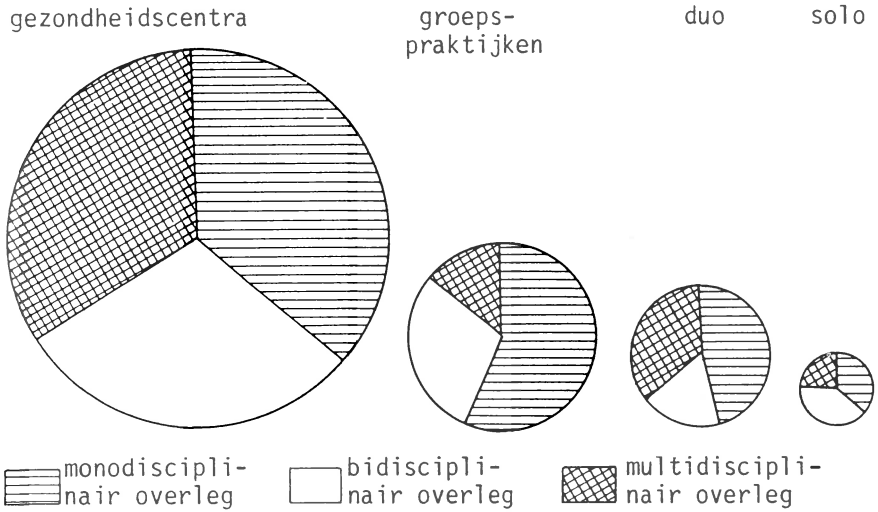
Tabel 5.12.: Omvang van het overleg over het functioneren

uren per maand	ha in gezondheidscentra		ha in groepspraktijken	
	%	cum %	%	cum %
tot 3	57	57	71	71
3- 6	28	85	22	93
6- 9	11	96	6	99
9-12	3	99	1	100
12 of meer	1	100	-	
totaal	100		100	
N	276 (78%)		163 (60%)	
gemiddelde	3,4		2,4	

Het percentage huisartsen dat dit type overleg heeft ligt nogal wat lager dan bij de twee eerder behandelde vormen. In gezondheidscentra scheelt het zo'n twintig procent; in groepspraktijken ongeveer een kwart. Ook de gemiddelde tijdsduur, in gezondheidscentra bijna drieëneenhalf uur en in groepspraktijken tweeëneenhalf uur, is duidelijk minder. Het zijn uitzonderingen die maandelijks meer dan negen uren overleg hebben over het functioneren van de samenwerking.

Ook in deze paragraaf geven we weer een grafisch overzicht van de omvang en de personele samenstelling in de vier praktijkvormen. De grootte van de cirkels staat voor het gemiddeld aantal uren berekend over alle huisartsen; de segmenten voor de proporties mono-, bi- en multidisciplinair overleg. (De schaalgrootte van de cirkels verschilt van die in andere figuren).

Figuur 5.3.: Samenstelling van het overleg over het functioneren in de vier praktijkvormen



In gezondheidscentra, waarin ook deze vorm van overleg vergeleken met de andere praktijkvormen van de meeste betekenis is, zijn de drie segmenten ongeveer even groot. Ruim eenderde is monodisciplinair, krap eenderde bidisciplinair en precies eenderde multidisciplinair.
In solopraktijken is het patroon enigszins vergelijkbaar al ligt wat meer de nadruk op het bilaterale overleg.
In groeps- en duopraktijken heeft de monodisciplinaire variant de overhand, waarnaast in duopraktijken meer multidisciplinair over het functioneren wordt overlegd en in groepspraktijken meer bidisciplinair.

Met hulpverleners van welke disciplines de huisartsen het functioneren van de samenwerking bespreken blijkt uit tabel 5.13. Het aantal uren in deze tabel mag niet opgeteld worden aangezien dat tot dub-

beltellingen zou leiden bij deelnemers aan het multidisciplinaire overleg, die hier ook weer afzonderlijk meegerekend worden.

Tabel 5.13.: Omvang van het functioneringsoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines

overleg-partners	ha in gezondheidscentra			ha in groepspraktijken		
	gemidd. uren per mnd*	N	%	gemidd. uren per mnd*	N	%
(andere) huisarts	2,1	170	(48)	2,0	112	(41)
wijkverpl.	1,8	224	(63)	0,9	78	(29)
maatsch.werk	1,8	206	(58)	1,1	79	(29)
fysiotherapie	1,7	134	(38)	1,4	41	(15)
gezinsverz.	1,5	49	(14)	0,5	26	(10)
apotheker	1,3	65	(18)	1,5	24	(9)

* Berekend over aantal huisartsen dat dit overleg heeft.

In gezondheidscentra zijn wijkverpleging en maatschappelijk werk de meest voorkomende partners, al komen deze percentages niet tot tweederde deel. Collega-huisartsen komen hier op de derde plaats, gevolgd door fysiotherapeuten. Het gemiddeld aantal uren dat men deze disciplines voor dit doel ziet ontloopt elkaar niet veel; het varieert van ruim anderhalf tot ruim twee uur in de maand. Slechts ongeveer één op de zes huisartsen heeft functioneringsoverleg met gezinsverzorging en apothekers.
In groepspraktijken staat de collega-huisarts op de eerste plaats, zowel qua percentage huisartsen dat dit overleg heeft (41%) als het gemiddelde aantal uren overleg. Op enige afstand volgen wijkverpleging en maatschappelijk werk. De rol van fysiotherapie, gezinsverzorging en apotheker is zeer beperkt in dit opzicht.
Evanals in de vorige paragraaf volgt hier in tabel 5.14 (zie volgende pagina) een overzicht van het aantal disciplines dat aan multidisciplinair functioneringsoverleg deelneemt.

Het aantal vertegenwoordigde disciplines is in gezondheidscentra wat groter dan in groepspraktijken. Behalve de disciplines genoemd in tabel 5.13 blijken ook praktijkassistenten aan dit multidisciplinair overleg mee te doen; 39% van de huisartsen in gezondheidscentra en

13% in groepspraktijken noemt de aanwezigheid van assistenten. Functionarissen van de RIAGG worden door respectievelijk 14% en 7% vermeld en pastores door 3% en 18%.
Met welke frequentie de samenwerking wordt geëvalueerd staat in tabel 5.15.

Tabel 5.14.: Aantal deelnemende disciplines bij multidisciplinair overleg over het functioneren

aantal disciplines	ha in gezondheidscentra	ha in groepspraktijken
3	32 (16%)	17 (28%)
4	53 (26%)	23 (38%)
5	60 (30%)	7 (12%)
6	29 (14%)	7 (12%)
7+	28 (14%)	6 (10%)
totaal	203 (100%)	60 (100%)

Tabel 5.15.: Frequentie van het overleg over het functioneren

frequentie	monodisc.		bi-disciplinair						multidisc.	
			met wv		met mw		met fys.			
	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %
dagelijks	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
1à2x per wk	33	24	17	-	3	3	7	7	17	8
2à3 wekelijks	21	14	11	16	17	11	4	-	19	8
maandelijks	32	38	38	29	56	32	63	39	37	42
minder dan maandelijks	12	23	34	55	24	54	26	54	27	42
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	165 (46%)	111 (41%)	92 (26%)	38 (11%)	68 (19%)	37 (14%)	57 (16%)	28 (10%)	197 (55%)	60 (22%)

Het monodisciplinair functioneringsoverleg, dat wat frequenter wordt gehouden, even buiten beschouwing latend, laat de tabel zien dat overleg over het functioneren in hoofdzaak maandelijks of nog minder vaak plaatsvindt.

Functioneringsoverleg en praktijkkenmerken

Evenals in voorgaande paragrafen vinden we ook hier weer een verband met het al dan niet in **dienstverband** werken; het verschil is echter minder groot ($R = .14$ $p \leq .006$).

Wat de **urbanisatiegraad** van de vestigingsplaats betreft blijkt in gezondheidscentra zowel als in groepspraktijken dat er in de grote steden meer overlegd wordt over het functioneren van de samenwerking dan in andere plaatsen. In gezondheidscentra zijn het vooral de middelgrote steden die duidelijk minder aan dit overleg doen. In groepspraktijken zitten de vestigingen in de forensengemeenten en de kleine en middelgrote steden onder het gemiddelde niveau. Deze verschillen gelden zowel voor de dienstverbandcentra als de niet-dienstverbandcentra.

Gezondheidscentra die **één of twee jaar bestaan** onderscheiden zich van de langer bestaande centra doordat ze duidelijk meer functioneringsoverleg hebben. In wat lichtere mate vinden we dit verschil ook bij de groepspraktijken. Zoals de beginfase meer organisatorisch overleg met zich meebrengt zo lijkt ook het ontwikkelen en evalueren van de samenwerking aanvankelijk meer aandacht te vergen dan later.

De omvang van het overleg over het functioneren blijkt niet samen te hangen met de mate waarin **werkgebieden** van de kerndisciplines overeenstemmen of met de omvang van het team.

5.5. Na- en bijscholing

Nogal wat huisartsen schreven bij de vragen in de enquête betreffende na- en bijscholingsbijeenkomsten dat de eerdergenoemde patiëntgerichte besprekingen dikwijls ook erg leerzaam zijn. Wij beperken ons hier echter tot die gelegenheden die expliciet dit doel hebben.

Monodisciplinaire na- en bijscholing blijkt niet altijd beperkt te blijven tot de huisartsen van het samenwerkingsverband. Het gaat bijvoorbeeld om refereeravonden in PHV-verband of om projecten met een bepaald thema samen met collega's in de buurt of met de waarneemgroep.

Tabel 5.16.: Totale omvang van de na- en bijscholing

uren per maand	ha in gezondheidscentra		ha in groepspraktijken	
	%	cum %	%	cum %
minder dan 3	73	73	73	73
3-6	22	95	18	91
6-9	4	99	6	97
meer dan 9	1	100	3	100
totaal	100		100	
N	241 (68%)		143 (53%)	
gemiddeld	2,4		3,0	

Ruim tweederde respectievelijk ruim de helft van de huisartsen heeft regelmatig bij- of nascholingsbijeenkomsten. Vergeleken met de andere overlegvormen wordt er niet zoveel tijd aan besteed. De spreiding rond het gemiddelde is niet zo groot; bijna driekwart heeft minder dan een dagdeel per maand geregelde bij- of nascholing. Het aantal uren in tabel 5.16 betreft drie categorieën na- en bijscholing die huisartsen konden noemen, namelijk binnen het team en met collega's van buiten het team (waarneemgroep, nascholingsgroep) en multidisciplinair. Tabel 5.17 bevat de verdeling.

Tabel 5.17.: Omvang van mono- en multidisciplinaire na/bijscholing

	gezondheidscentra		groepspraktijken	
	aantal huisartsen*	gemiddeld aant. uren**	aantal huisartsen*	gemiddeld aant. uren**
- mono (intern)	123 (35%)	2,1 (0,7)	73 (27%)	2,8 (0,8)
- mono (extern)	67 (19%)	2,0 (0,4)	46 (17%)	3,5 (0,6)
- multi	136 (38%)	1,4 (0,5)	46 (17%)	1,3 (0,2)

* Aantallen mogen niet worden opgeteld; een aantal huisartsen heeft overleg in meer dan één categorie.

** Tussen haakjes de gemiddelden over de totale aantallen.

Uit de tabel blijkt dat in gezondheidscentra een veel groter deel van de huisartsen multidisciplinaire na- en bijscholing heeft dan in groepspraktijken. Bij de monodisciplinaire vormen ligt de nadruk op de na- en bijscholing binnen het team. (Bij de externe bij- en nascholing kan echter sprake zijn van onderrapportage).
Het aantal deelnemende disciplines bij multidisciplinaire nascholing is in gezondheidscentra in de regel vier of vijf, waarbij wijkverpleging en maatschappelijk werk door betreffende huisartsen het meest worden genoemd (93% en 85%); de fysiotherapie is goede derde met 61%. Eenderde van de huisartsen vermeldt de aanwezigheid van de praktijkassistente. Gezinsverzorging, apotheker en de RIAGG doen veel minder vaak mee aan multidisciplinaire nascholing in gezondheidscentra.
In groepspraktijken, waar zoals we zagen, veel minder multidisciplinair wordt nageschoold, is de gezinsverzorging bij de helft van de huisartsen deelnemer (50%); dat is de derde plaats na wijkverpleging en maatschappelijk werk met beide 80%. De fysiotherapeut wordt door 46% van de huisartsen in groepspraktijken genoemd, de RIAGG door 22% en de apotheker door 13%. Praktijkassistenten doen er hier gewoonlijk niet aan mee (7%).

Uitgaande van het gemiddeld aantal uren voor alle huisartsen, kunnen we verschillende praktijkvormen uit ons onderzoek en dat van Wijkel vergelijken. Het meeste bij- en nascholingsoverleg blijken dan huisartsen in duopraktijken te hebben: gemiddeld ongeveer twee uur. Hun vakgenoten in groepspraktijken en gezondheidscentra zitten daar met ongeveer anderhalf uur vlak onder. Solistisch gehuisveste artsen besteden gemiddeld minder dan een uur per maand aan geregelde bij- of nascholing.

Tabel 5.18 (zie volgende pagina) geeft nu een overzicht van de frequentie waarmee aan na- en bijscholing wordt gedaan.

De frequentie van de monodisciplinaire na- en bijscholing is in beide typen samenwerkingsverband ongeveer gelijk. Multidisciplinair zijn er verschillen: we zagen al dat een groter deel van de huisartsen in gezondheidscentra zich multidisciplinair naschoolt, en dat gebeurt in de regel met een hogere frequentie dan bij de betreffende huisartsen in groepspraktijken.

Tabel 5.18.: Frequentie van na- en bijscholingsbijeenkomsten

frequentie	monodisciplinair		multidisciplinair	
	gc %	gp %	gc %	gp %
1 à 2x per week	14	19	7	6
2 à 3 wekelijks	19	17	25	9
maandelijks	49	51	40	40
minder dan maandelijks	18	13	28	45
totaal	100	100	100	100
N	183 (52%)	117 (43%)	136 (38%)	46 (17%)

Na- en bijscholing en praktijkkenmerken

We onderzochten of huisartsen in **dienstverbandcentra** meer aan na- en bijscholing doen dan andere huisartsen; ze zouden daar bijvoorbeeld door hun werkgever of door centrumbeleid meer toe gestimuleerd kunnen worden.

Tabel 5.19.: Dienstverband en na- en bijscholing

uren per maand na/bijscholing	huisartsen in gezondheidscentra	
	dienstverband	niet dienstverband
geen	23 (20%)	91 (38%)
minder dan 2 uur	35 (31%)	74 (30%)
2 uur of meer	55 (49%)	77 (32%)
totaal	113 (100%)	242 (100%)

Huisartsen in dienstverbandcentra geven inderdaad een duidelijk hoger aantal uren voor na- en bijscholing te zien. Ongeveer de helft van de dienstverbanders noteert hiervoor twee uur of meer per maand; van de overige huisartsen is dat bij eenderde het geval. De gemiddelden voor beide groepen bedragen respectievelijk twee en anderhalf uur. Bovendien blijkt dat huisartsen in **centra jonger dan twee jaar**

zich onderscheiden van de rest door een grotere tijdsinvestering in na/bijscholing. In die kort bestaande centra heeft tweederde meer dan twee uur in de maand na/bijscholing en in de overige centra eenderde deel. De gemiddelden zijn hier respectievelijk tweeëneenhalf en bijna anderhalf uur per maand.
Huisartsen in de **grote steden** hebben tenslotte meer uren na- en bijscholing (gemiddeld bijna twee uur per maand) dan collega's in minder verstedelijkte gebieden (gemiddeld bijna anderhalf uur). Dit verschil hangt waarschijnlijk samen met het grotere aanbod van nascholing (in ziekenhuizen bijvoorbeeld) in de steden.

5.6. Onderlinge toetsing

Onderlinge toetsing is eigenlijk een vorm van monodisciplinaire nascholing. Soms worden beide gecombineerd. Dikwijls maken ook huisartsen van buiten het team deel uit van de toetsingsgroep. Toetsing kan plaatsvinden bijvoorbeeld door bespreking van elkaars verwijsbrieven of door consultobservaties. Zoals de term al aangeeft is het een monodisciplinaire activiteit.

Tabel 5.20.: Totale omvang van onderlinge toetsing

uren per maand	ha in gezondheidscentra		ha in groepspraktijken	
	%	cum %	%	cum %
tot 3	83	83	54	54
3-6	13	96	33	87
6-9	4	100	9	96
meer dan 9	-		4	100
totaal	100		100	
N	103 (29%)		52 (19%)	
gemiddeld	2,3		3,7	

Een minderheid van 29% respectievelijk 19% heeft bijna tweeëneenhalf respectievelijk ruim drieëneenhalf uur in de maand onderlinge toetsing. De spreiding rond de gemiddelden is beperkt; vrijwel alle huisartsen besteden hier minder dan zes uur per maand aan.
Het gemiddelde berekend over alle huisartsen bedraagt voor beide

samenwerkingsverbanden ruim een half uur per maand. Dat is toch nog ruim tweemaal zoveel als hun collega's in solo- en duopraktijken die hier een kwartier per maand noteren (gerekend dus over het totale aantal).
Wat de frequentie van de bijeenkomsten betreft: het merendeel (tweederde tot driekwart) wordt maandelijks of met nog grotere tussenpozen gehouden.
Ook bij onderlinge toetsing hebben we gekeken of het uitsluitend intern wordt gehouden of dat er ook huisartsen van buiten aan deelnemen. Dat laatste is in groepspraktijken vaker het geval dan in gezondheidscentra. Van de 52 huisartsen in groepspraktijken die regelmatig onderling toetsen doet ruim de helft dat met collega's van buiten de groep; in gezondheidscentra is dat het geval bij 40% van de 103 toetsende artsen.

Toetsing en praktijkkenmerken
We vinden hier minder samenhang met praktijkkenmerken; daarbij moet niet uit het oog verloren worden dat het maar een klein deel van de huisartsen is dat regelmatige toetsingsbijeenkomsten heeft.
In **dienstverbandcentra** heeft een groter deel van de huisartsen (42%) dergelijke bijeenkomsten dan in andere centra (23%). De eerstgenoemde groep besteedt daar gemiddeld echter iets minder tijd aan (bijna twee uur) dan hun collega's in de overige centra (ruim tweeëneenhalf uur).
Het percentage toetsers is in **jongere en oudere** centra niet verschillend; wel besteden huisartsen in de langer bestaande centra er wat meer tijd aan.
Ook vinden we vrijwel geen verschil tussen huisartsen in gebieden met een verschillende **urbanisatiegraad;** in de stad wordt wat minder tijd aan toetsing besteed dan elders.

5.7. Informeel overleg

In samenwerkingsverbanden worden tijdens koffie-, thee- en lunchpauzes heel wat 'zaken' gedaan. Eigenlijk kan men daarbij niet spreken van geformaliseerd overleg. Weliswaar komt men op vaste tijden bij elkaar, maar wat daarin aan overleg plaatsvindt hangt af van de behoefte op dat moment; onderwerp en partner(s) kunnen dan ook van keer tot keer verschillen.
We hebben de duur van deze informele bijeenkomsten voor ons doel gehalveerd. We gaan er vanuit dat in de regel niet meer dan de helft

van deze tijd als overlegtijd kan worden aangemerkt.
We vroegen hoe belangrijk men het mono- en multidisciplinair informeel overleg vond voor de samenwerking. Tabel 5.21 geeft een ondubbelzinnig antwoord: de huisarts vindt het belangrijk.

Tabel 5.21.: Het belang dat huisartsen hechten aan informeel overleg

	monodisc. inform. overleg		multidisc. inform. overleg	
oordeel	% ha in gez.centra	% ha in groepspr.	% ha in gez.centra	% ha in groepspr.
geen/weinig belang	3	-	4	6
enig belang	18	8	16	34
belangrijk	52	43	52	45
zeer belangrijk	27	49	28	15
totaal	100	100	100	100
N	272	231	259	65

Huisartsen in gezondheidscentra oordelen over het monodisciplinair overleg ongeveer even positief als over het multidisciplinaire: ongeveer 80% vindt het (zeer) belangrijk. Huisartsen in groepspraktijken vinden het monodisciplinair informele overleg bijna allemaal (zeer) belangrijk en zijn duidelijk minder enthousiast over de waarde van dit overleg met andere disciplines.

Tabel 5.22 (zie volgende pagina) heeft betreking op het aantal uren dat huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken informeel overleg hebben bij verschillende gelegenheden.

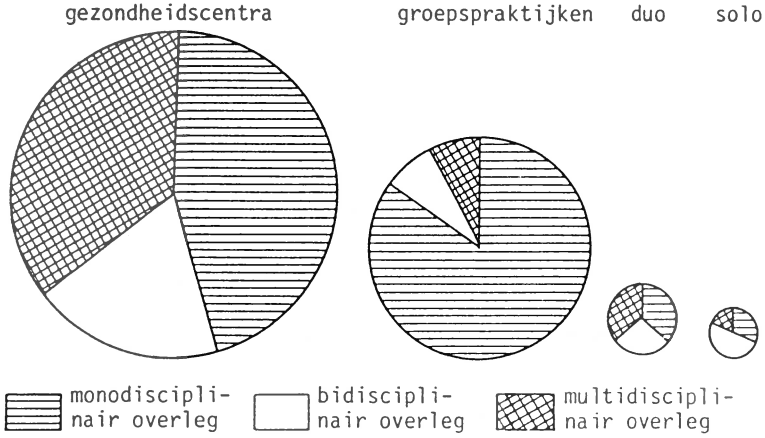
Gezien het aantal huisartsen dat daarbij betrokken is en het gemiddeld aantal uren neemt het informele overleg een belangrijke plaats in. In groepspraktijken heeft meer dan 80% van de huisartsen 6 uur of minder per maand informeel overleg; het gemiddelde is ongeveer viereneenhalf uur per maand. In gezondheidscentra is de tijd die daar aan besteed wordt wat langer; tweederde heeft maximaal 6 uur per maand informeel overleg, en het maandgemiddelde is hier bijna 6 uur.

Tabel 5.22.: Totale omvang van het informele overleg

uren per maand	ha in gezondheidscentra		ha in groepspraktijken	
	%	cum %	%	cum %
tot 3	31	31	39	39
3 - 6	34	65	44	83
6 - 9	18	83	12	95
9 -12	10	93	4	99
12-15	3	96	1	100
15+	4	100	-	
totaal	100		100	
N	322 (91%)		231 (85%)	
gemiddelde	5,8		4,6	

De cirkels in figuur 5.4 geven voor de vier praktijkvormen weer een onderverdeling van het informele overleg. Voor huisartsen in duo- en solopraktijken, waarvoor de gegevens zijn ontleend aan het onderzoek van Wijkel, hebben we een correctie aangebracht. In genoemd onderzoek is de volledige tijd van informele bijeenkomsten namelijk als informeel overleg aangemerkt.

Figuur 5.4.: Samenstelling van het informele overleg in vier praktijkvormen (de diameter van de cirkels geeft de verhouding weer van de hoeveelheid informeel overleg)



Omdat de omschrijving van informeel overleg in ons onderzoek niet identiek is met die in Wijkel's onderzoek is de verhouding mono-, bi- en multidisciplinair informeel overleg (de cirkelsegmenten) meer van belang dan de exacte tijdsbesteding (de diameter van de cirkels). In elk geval kunnen we stellen dat er in gezondheidscentra en groepspraktijken beduidend meer tijd wordt gestoken in informeel overleg dan in duo- en solopraktijken. Dat ligt voor de hand; immers hoe meer mensen er gemeenschappelijk gehuisvest zijn hoe meer gelegenheid er is voor informeel overleg. In het geval van de solistisch werkende huisarts betekent het in alle gevallen dat daarvoor iemand de deur uit moet.
In gezondheidscentra ligt de nadruk op de mono- en multidisciplinaire vorm; in groepspraktijken verloopt het voornamelijk monodisciplinair. In duopraktijken is het redelijk verdeeld over de drie vormen, en solisten hebben de helft van het informele overleg met één andere discipline en verder voornamelijk met collega's.

Tabel 5.23.: Omvang van het informele overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines

overlegpartners	ha in gezondheidscentra			ha in groepspraktijken		
	gemidd. uren per mnd	N	%	gemidd. uren per mnd	N	%
(andere) huisarts	3,5	255	(72)	4,1	220	(81)
wijkverpl.	3,1	241	(68)	1,1	60	(22)
maatsch.werk	3,1	230	(65)	1,0	51	(19)
fysiotherapie	3,2	173	(49)	1,5	55	(20)
gezinsverz.	2,4	50	(14)	0,3	26	(10)
apotheker	2,2	57	(16)	1,1	24	(9)

Zoals we in figuur 5.4 ook al zagen is het informeel overleg in groepspraktijken vooral geconcentreerd rond collega-huisartsen. Wijkverpleging maatschappelijk werk en fysiotherapie komen daar ver achter; dit geldt in nog sterkere mate voor apothekers en gezinsverzorging. In gezondheidscentra is die situatie anders. Daar nemen de drie kerndisciplines ongeveer vergelijkbare posities in, en ook met fysiotherapeuten wordt vrij veel informeel overlegd. Slechts een klein deel van de huisartsen heeft informele besprekingen met gezinsverzorging en apothekers.

Dat huisartsen in gezondheidscentra beduidend vaker andere disciplines treffen in informeel overleg ligt voor een deel aan het frequenter voorkomen van multidisciplinair informeel overleg maar ook, zoals blijkt uit tabel 5.24, uit het feit dat daarbij in het algemeen meer disciplines aanwezig zijn dan bij dergelijke besprekingen in groepspraktijken.

Tabel 5.24.: Aantal disciplines bij multidisciplinair informeel overleg

Aantal disciplines	ha in gezondheidscentra	ha in groepspraktijken
3	44 (18%)	24 (36%)
4	63 (26%)	15 (25%)
5	64 (26%)	6 (10%)
6	30 (12%)	3 (5%)
7	32 (13%)	5 (8%)
8 en meer	9 (4%)	10 (16%)
totaal	242 (100%)	61 (100%)

Tabel 5.25.: Frequentie van het informeel overleg

frequentie	monodisc.		bi-disciplinair						multidisc.	
			met wv		met mw		met fys.			
	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %	gc %	gp %
dagelijks	59	75	13	-	7	4	21	17	54	19
1à2x per wk	39	22	62	54	61	27	57	69	37	25
2à3 wekelijks	1	1	17	24	25	19	21	-	5	8
maandelijks	1	2	6	22	6	35	1	10	3	26
minder dan maandelijks	-	-	2	-	1	15	-	4	1	23
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	249	220	96	37	81	26	60	29	225	50

Het informele overleg, zo blijkt uit tabel 5.25, is een veelvuldig optredende aangelegenheid. We zien daarin ook de aard van het samenwerkingsverband weerspiegeld. Bijna zestig procent van de huisartsen in gezondheidscentra en liefst driekwart in groepspraktijken heeft dagelijks informeel overleg met collegae. In gezondheidscentra zien we een ongeveer gelijk percentage bij het multidisciplinair overleg. Daarin zien we de gemeenschappelijke huisvesting van verschillende disciplines, want bij groepspraktijken is die multidisciplinaire frequentie veel lager.
Het bidisciplinair overleg is van minder betekenis; het merendeel van de huisartsen heeft geen dergelijk informeel overleg. Niettemin zien we ook daarin dat de genoemde disciplines in gezondheidscentra (ruimtelijk) dichter bij de huisartsen staan dan in groepspraktijken.

Informeel overleg en praktijkkenmerken
Anders dan bij eerder behandelde vormen van overleg vinden we hier maar een klein verschil tussen **dienstverband** en niet-dienstverbandcentra.
Het al dan niet afgestemd zijn van **werkgebieden** doet er hier in het geheel niet toe, evenmin als de **plaats** waar gezondheidscentrum of groepspraktijk gevestigd zijn. De **bestaansduur** van gezondheidscentra discrimineert vrijwel niet; huisartsen in groepspraktijken die korter dan twee jaar bestaan hebben wat meer informeel overleg dan andere uit langer bestaande praktijken.
Het duidelijkste verband is er hier met de **omvang** van het team in gezondheidscentra. Als we de centra splitsen in twee groepen komt het verschil het best tot uiting.

Tabel 5.26.: Hoeveelheid informeel overleg naar de omvang van het team in gezondheidscentra

uren overleg	aantal teamleden		totaal
	tot 13	meer dan 13	
tot 4	81 (43%)	53 (32%)	134 (38%)
4-6	63 (33%)	46 (28%)	109 (31%)
meer dan 6	46 (24%)	66 (40%)	107 (30%)
totaal	190 (100%)	165 (100%)	355 (100%)

5.8. Ad hoc overleg

In deze paragraaf sluiten we aan bij wat er in hoofdstuk 4 al is geschreven over het ad hoc overleg (zie onder andere tabel 4.3).
Ook het ad hoc overleg kan in verschillende samenstelling worden gehouden. We vroegen de huisartsen hoe vaak ze collega-huisartsen uit het team buiten het vastgestelde overleg om raadplegen over diagnostiek of behandeling.

Tabel 5.27.: Monodisciplinaire ad hoc consultatie

frequentie	ha in gez.centra		ha in groepspr.	
	%	cum %	%	cum %
meerdere malen per dag	8	8	16	16
± eens per dag	18	26	13	29
enkele malen per week	26	52	28	57
± eens per week	20	72	10	67
af en toe	25	97	27	94
zelden/nooit	3	100	6	100
totaal	100		100	
N	341		262	

Ruim een kwart van de huisartsen consulteert tenminste eens per dag een andere huisarts in het gezondheidscentrum of de groepspraktijk; meer dan de helft doet dat minimaal enkele keren per week. We mogen dus aannemen dat monodisciplinair ad hoc overleg veel voorkomt. Toch geeft maar een kwart van de huisartsen in gezondheidscentra en eenderde in groepspraktijken te kennen monodisciplinair ad hoc overleg te hebben. Wellicht dat een aantal huisartsen die de vraag over de ad hoc consultatie bevestigend hebben beantwoord, nagelaten hebben dit ook bij het ad hoc overleg te vermelden.

Ad hoc overleg blijkt meestal gevoerd te worden met één andere discipline en handelt dan in het merendeel van de tijd over de directe patiëntenzorg.

In multidisciplinaire samenstelling is er weinig overleg zowel in aantal huisartsen dat dit overleg heeft als in tijdsduur.

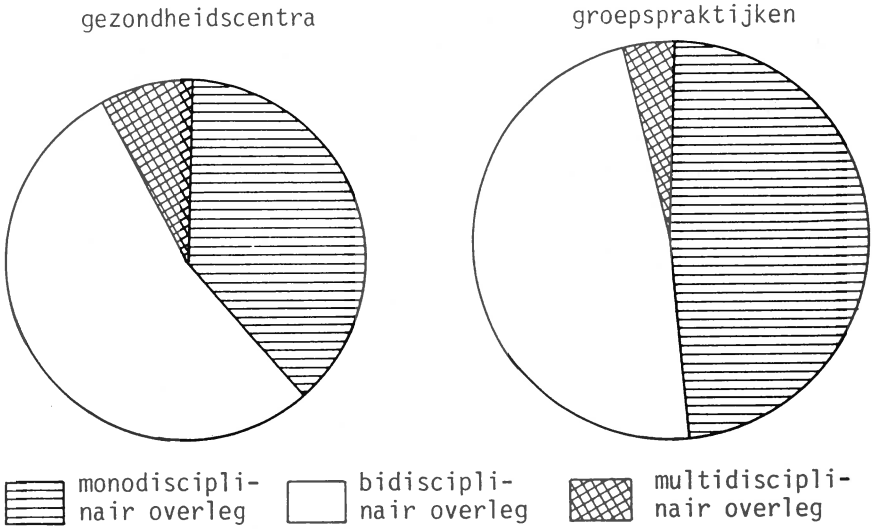
Tabel 5.28.: Deelname aan en globale duur van mono-, bi- en multidisciplinair ad hoc overleg

	ha in gezondheidscentra			ha in groepspraktijken		
	gemidd. uren	N	%	gemidd. uren	N	%
monodisc.	3,7	88	(25%)	4,2	84	(31%)
bidisc.	3,2	149	(42%)	2,9	122	(45%)
multidisc.	1,4	49	(14%)	0,8	28	(10%)
totaal	4,4	206	(58%)	4,8	160	(59%)

Het aantal uren in deze tabel is, zoals steeds in deze studie, een schatting van de betrokken huisartsen. Het is moeilijker om de frequentie en tijdsduur van dit ongeregelde overleg te schatten dan van overleg waarbij dat min of meer vaste gegevens zijn. Deze tijdsduur moet dan ook gezien worden als een indicatie.
Ad hoc overleg vindt doorgaans niet multidisciplinair plaats. De mate waarin huisartsen in beide samenwerkingsvormen geregeld ad hoc overleg hebben vertoont weinig verschillen. Ad hoc overleg met één andere discipline komt het meest voor. Qua tijdsbesteding is echter het monodisciplinair ad hoc overleg het belangrijkst.
Omdat ad hoc overleg meestal betrekking heeft op directe patiëntenzorg kunnen we inzicht krijgen in de functie daarvan door het in verband te brengen met de hoeveelheid patiëntenoverleg die huisartsen rapporteren. Daarmee blijkt in gezondheidscentra noch groepspraktijken samenhang te bestaan. Of en in welke mate huisartsen ad hoc werkcontacten hebben staat dus los van de omvang van het patiëntenoverleg.

Ten behoeve van de figuur 5.5 (volgende pagina) hebben we het gemiddelde aantal uren weer berekend over het totale aantal huisarten terwille van de onderlinge vergelijkbaarheid van beide samenwerkingsvormen. Gegevens van duo- en solopraktijken over ad hoc overleg zijn niet voorhanden. De opmerkingen die we bij tabel 5.28 maakten, zijn in grote lijnen ook op deze figuur van toepassing.

Figuur 5.5.: Samenstelling van het ad hoc overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken



LITERATUUR

BOERMA, W.G.W. Studies naar samenwerking 1; kontakten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn. Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.

BOERMA, W.G.W. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Cijfers over samenwerking 6. Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.

BOERMA, W.G.W. en N.E. WARMENHOVEN. Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra. NIVEL, 1986.

BOOTS, J.M.J. Het werk van de huisarts; resultaten van een functieanalyse in 93 huisartspraktijken. Academisch proefschrift. Maastricht, 1983.

BRUINING, G.R.P. Methoden van interdisciplinaire patiëntenbespreking. Vademecum Hulpverlenen in samenwerking 1981. Samsom.

GROFFEN, W. Subdisciplinaire verstandhouding. Vademecum Hulpverlenen en veranderen 1975.

KERSTEN, T.J.J.M.T. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezinszorg in de eerste lijn. NIVEL, 1985.

OSER NIEUWSBRIEF. Interdisciplinaire patiëntbespreking: een kunst of een kunde. Oser september 1983.

SAMENWERKINGSVERBAND WIJKERSLOOT/ZUILENSTEIN. Een efficiënt model voor patiënt/cliëntbespreking. Vademecum Hulpverlenen in samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Samsom, 1982.

SCHENK, F.C. en E. VAN DER DOES. Beschrijvingen van patiëntbespreking en casuïstiek. MGZ jrg.11, nr. 7-8, 1983.

VISSER, G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact nr. 11, 14 maart 1980.

WARMENHOVEN, N.E. en W.G.W. Boerma. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1986. Cijfers over samenwerking 9. Nivel, 1986.

WESTERWEEL, C. en D. van ZIJDERVELD. Teamoverleg in samenwerkingsverbanden: Wat en en wie worden er besproken? Vademecum Eerstelijnszorg 1986. Samsom.

WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen deel II; samenwerken buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.

ZEE, J. VAN DER. Registratie Samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg; rapport nr. 3, samenwerking tussen hulpverleners. Nederlands Huisartsen Instituut 1979.

BIJLAGE 1

ENQUETEFORMULIER MET TOELICHTING

Project Registratie Samenwerkingsverbanden

ENQUETE OVERLEGVORMEN

in Gezondheidscentra en Groepspraktijken

Nederlands Huisartsen Instituut - Postbus 812 - 3500 AV Utrecht

Project Registratie Samenwerkingsverbanden

Enquête Overlegvormen

Nederlands
Huisartsen
Instituut
Postbus 812
3500 AV Utrecht

Deze vragenlijst gaat over de verschillende soorten overleg die u als huisarts mono-disciplinair, bi-disciplinair en multidisciplinair kunt hebben (zie ook bijgaande kaart). Bij het invullen is het volgende van belang:

- *Wilt u de antwoorden baseren op de omstandigheden van het eerste halfjaar 1984.*
- *Als u één van uw vaste vergaderingen niet in één van de categorieën "kwijt kunt", vanwege het gemengde karakter (bijvoorbeeld is het deels een patiëntenbespreking, maar komen ook organisatorische kwesties aan de orde) , verdeelt u dan de totale tijdsduur van dat overleg verhoudingsgewijs over betreffende categorieën. Als dat niet kan, kiest u dan de meest van toepassing zijnde categorie.*
- *De meeste vragen gaan over geregeld overleg op vastgestelde tijdstippen. Voor het ad hoc overleg zijn aparte vragen toegevoegd.*

1. Monodisciplinair overleg (d.w.z. met uitsluitend andere huisartsen)

	MET WIE ?	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
1.1 PATIENTENOVERLEG *(d.i. geregeld overleg op vastgestelde tijdstippen over actuele problematiek van patiënten die u of één van uw collega's behandelt)* ☐ n.v.t	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur
1.2 ORGANISATORISCH OVERLEG *(d.i. geregeld overleg op vastgestelde tijdstippen over bijv. waarneming, verdeling van taken , beheerszaken e.d.)* ☐ n.v.t	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur
1.3 OVERLEG OVER FUNCTIONEREN *(d.i. geregeld overleg op vastgestelde tijdstippen ter evaluatie van procedurele afspraken e.d.)* ☐ n.v.t	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of roepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur
1.4 NA- EN BIJSCHOLING *(d.i. geregelde bijeenkomsten op vastgestelde tijdstippen waarbij bijv. gewerkt wordt a.d.h. van casus of thema; alleen huisartsen onderling)* ☐ n.v.t	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur

vervolg op volgende blz.

	MET WIE ?	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
1.5 ONDERLINGE TOETSING *(d.i. bijeenkomsten waarbij het medisch handelen expliciet aan bepaalde criteria wordt getoetst)* ☐ n.v.t.	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur
1.6. INFORMEEL OVERLEG *(d.i. regelmatig terugkerend ongestructureerd overleg met collega's bij gelegenheden die een informeel samenzijn beogen b.v. bij koffiepauzes e.d.)* ☐ n.v.t.	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur

Om welke gelegenheid gaat het? _____

Hoe belangrijk is dit informeel overleg met alleen huisarts(en) voor Uw werk?

- ☐ van weinig of geen belang
- ☐ van enig belang
- ☐ het is belangrijk
- ☐ het is zeer belangrijk

	MET WIE ?	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
1.7. OVERIG (AD HOC) OVERLEG *(d.i. monodisciplinair overleg, niet per se op vaste tijdstippen, dat U van belang acht en dat U nog niet hebt kunnen vermelden)* ☐ n.v.t.	☐ *alle* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ *deel* collega's in centrum of groepspraktijk ☐ anders, nl:____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur

Kunt U iets zeggen over de aard van dit overleg? _____

1.8. Raadpleegt U Uw collega-huisartsen wel eens buiten het vastgestelde overleg om (b.v. telefonisch) over diagnostiek of behandeling van patiënten? Hoe vaak ongeveer?

	meerdere malen per dag	+ eens per dag	enkele malen per week	+ eens per week	af en toe	zelden of nooit
collega's in centrum of groepspraktijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
andere collega's	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Bi-disciplinair overleg (d.w.z. met werkers van één andere eerstelijns discipline)

Dit soort overleg kunt U hebben met wijkverpleging, maatschappelijk werk, fysiotherapie, gezinsverzorging en apothekers. Andere disciplines waarmee U dergelijk overleg hebt, kunt U invullen bij "overige disciplines".
Overleg met een gemengd karakter kunt U ook hier qua tijdsduur verdelen over de betreffende categorieën.
Het gaat hier dus alleen om overleg tussen huisarts(en) en één andere discipline.

	SOORT OVERLEG	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
2.1 OVERLEG MET ALLEEN WIJKVERPLEEGKUNDIGE(N) op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl: _____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.2 OVERLEG MET ALLEEN MAATSCH. WERKENDE(N) op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl: _____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.3 OVERLEG MET ALLEEN FYSIOTHERAPEUT(EN) op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl: _____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.4 OVERLEG MET ALLEEN LEID(ST)ER GEZINSVERZ. op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl: _____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.5 OVERLEG MET ALLEEN APOTHEKER(S) op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl: _____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur

vervolg bi-disciplinair overleg op volgende blz.

BI - DISCIPLINAIR OVERLEG MET OVERIGE DISCIPLINES EN AD HOC OVERLEG

	SOORT OVERLEG	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
2.6 OVERLEG MET ALLEEN _____ *(welke discipline ?)* op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl:_____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.7 OVERLEG MET ALLEEN _____ *(welke discipline ?)* op vaste tijdstippen ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl:_____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.8 AD HOC OVERLEG MET ALLEEN _____ *(welke discipline)* geen vaste tijdstippen. ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl:_____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur
2.9 AD HOC OVERLEG MET ALLEEN _____ *(welke discipline ?)* geen vaste tijdstippen. ☐ n.v.t	☐ patiëntenoverleg ☐ organisatorisch overleg ☐ overleg over functioneren van de samenwerking ☐ informeel overleg ☐ anders, nl:_____	____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____ ____maal per_____	_____uur _____uur _____uur _____uur _____uur

RUIMTE VOOR EVENTUELE TOELICHTING :

3. Multidisciplinair overleg

Dit deel van de vragenlijst betreft het overleg met hulpverleners van twee of meer disciplines tegelijkertijd (in totaal zijn er , Uzelf inbegrepen, dus minstens 3 disciplines bij betrokken).
Wilt u telkens aankruisen c.q. invullen welke disciplines bij de verschillende soorten overleg aanwezig zijn, alsmede de frequentie en duur ervan ?

	MET WIE ?	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
3.1 PATIENTENOVERLEG *(d.i. geregeld overleg op vaste tijdstippen over actuele problematiek van patiënten)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur
3.2 ORGANISATORISCH OVERLEG *(d.i. geregeld overleg op vaste tijdstippen over bijv. verdeling van taken, beheer, regelen van informatieoverdracht)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur
3.3 OVERLEG OVER FUNCTIONEREN *(d.i. geregeld overleg op vaste tijdstippen ter evaluatie van procedurele afspraken e.d.)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur
3.4 NA- EN BIJSCHOLING *(d.i. geregeld overleg op vaste tijdstippen waarbij bijv. gewerkt wordt a.d.h. van een casus of thema)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur

(meer multidisciplinair overleg op de volgende blz)

	MET WIE ?	HOE VAAK ?	HOE LANG ?
3.5 INFORMEEL OVERLEG *(d.i. regelmatig terugkerend ongestructureerd overleg tijdens informeel samenzijn; bijv. in de koffiepauze)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur

Om wat voor gelegenheid gaat het ? _____

_____

Hoe belangrijk acht U dit informele overleg ?

- ☐ van weinig of geen belang
- ☐ van enig belang
- ☐ het is belangrijk
- ☐ het is zeer belangrijk

Als er een geregeld overleg is dat U nog niet kwijt kon, dan biedt vraag 3.6 daarvoor de gelegenheid.

3.6 _____ *(welk soort geregeld overleg ?)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur

Vraag 3.7 betreft het ad-hoc overleg, dus niet op vaste tijdstippen.

3.7 AD HOC OVERLEG *(incidenteel multidisciplinair overleg)* ☐ n.v.t	☐ wijkverpl. ☐ maatsch.w. ☐ fysiother. ☐ leid.gez.verz. ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	____maal per_____	_____uur

Kunt U iets zeggen over de aard van dit ad hoc overleg ? _____

_____

TOELICHTING BIJ DE ENQUETE OVERLEGVORMEN

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

1. MONODISCIPLINAIR OVERLEG : met uitsluitend één of meer andere huisartsen.
2. BI-DISCIPLINAIR OVERLEG : tussen 2 disciplines , i.c huisarts(en) met hulpverlener(s) van één andere discipline.
3. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG: tussen 3 of meer disciplines, i.c huisarts(en) met hulpverleners van twee of meer andere disciplines.
4. VRAGEN OVER PRAKTIJKUITOEFENING :gebruik van diagnostische apparatuur en uw mening over een aantal (be)handelingen en uitspraken.
5. VERKLARING : waarin u ons toestemming verleent gebruik te maken van enkele gegevens uit het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen.

ENKELE AANDACHTSPUNTEN

- Het grootste deel van de vragen gaat over het geregeld overleg op vaste tijdstippen. Voor het ad hoc overleg (niet op vaste tijdstippen, incidenteel) zijn telkens aparte vragen toegevoegd.
- Elk onderdeel van de vragenlijst (dus: mono-, bi- en multidisciplinair overleg) bevat vragen over inhoudelijk verschillende soorten overleg, zoals patiëntenoverleg, organisatorisch overleg, overleg over functioneren, informeel overleg , en ad hoc overleg.Een nadere omschrijving staat bij de vragen. Er is ruimte om zelf andere categorieën toe te voegen.
- Hebt u meerdere overlegsituaties in één categorie (b.v. meer dan één multidisciplinair patiëntenoverleg) dan kunt u de frequentie en tijdsduur daarvan optellen en in die categorie plaatsen.
- Bij vergaderingen met een gemengd karakter (een deel is b.v. patiëntenbespreking en een deel gaat over organisatorische zaken) kunt u de totale tijdsduur verhoudingsgewijs verdelen over de betreffende categorieën)
- Opmerkingen en toelichting kunt u bij de vragen schrijven of op de blanco pagina achterin de vragenlijst.

BIJLAGE 2

OVERZICHT VAN TABELLEN EN GRAFIEKEN

Tabellen pag.

Hoofdstuk 3

Tabel 3.1. : De onderzoekspopulatie 18
Tabel 3.2. : De respons 19
Tabel 3.3. : Populatie en respons naar urbanisatiegraad 20
Tabel 3.4. : Populatie en respons naar bestaansduur van het samenwerkingsverband 20
Tabel 3.5. : Populatie en respons naar aantal huisartsen per team 21
Tabel 3.6. : Populatie en respons naar totaal aantal hulpverleners in het gezondheidscentrum 21

Hoofdstuk 4

Tabel 4.1. : Totale tijdsbesteding aan het geregelde eerstelijnsoverleg van de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken 24
Tabel 4.2. : Tijdsbesteding aan geregeld overleg van huisartsen in verschillende praktijkvormen 26
Tabel 4.3. : Globale tijdsbesteding aan ad hoc overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken 27
Tabel 4.4. : Pearson correlatiecoëfficiënten van totale (respectievelijk monodisciplinaire) overlegtijd met enkele teamvariabelen 29
Tabel 4.5. : Overlegvolume en dienstverband van de huisarts in gezondheidscentra 30
Tabel 4.6. : Percentage huisartsen dat respectievelijk mono-, bi- en multidisciplinair overleg heeft 31
Tabel 4.7. : Gemiddeld aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken per 1978 (Van der Zee) en 1984 (oude en nieuwere centra) 32
Tabel 4.8. : Tijdsbesteding van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg 34
Tabel 4.9. : Gemiddelde tijdsbesteding aan mono-, bi- en multidisciplinair overleg van huisartsen in verschillende praktijkvormen 35
Tabel 4.10.: Betrokkenheid van zes disciplines bij enige vorm van overleg met de huisarts 36

vervolg tabellen pag.

Tabel 4.11.: Totale aantal uren dat de huisarts (over verschillende onderwerpen) overleg heeft met zes disciplines 37

Tabel 4.12.: Gemiddeld aantal uren overleg van huisartsen met fysiotherapeuten, leiding gezinsverzorging en apothekers in gezondheidscentra met en zonder die disciplines 38

Tabel 4.13.: Gemiddeld aantal uren dat huisartsen geregeld overleg hebben met zes veel voorkomende disciplines 40

Hoofdstuk 5

Tabel 5.1. : Gemiddelde tijd die huisartsen aan verschillende soorten van geregeld overleg besteden 43

Tabel 5.2. : Tijdsbesteding aan verschillende soorten van overleg in diverse praktijkvormen 45

Tabel 5.3. : Omvang van het patiëntenoverleg 46

Tabel 5.4. : Omvang van het patiëntenoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines 47

Tabel 5.5. : Aantal deelnemende disciplines bij multidisciplinair patiëntenoverleg 48

Tabel 5.6. : Frequentie van het patiëntenoverleg 49

Tabel 5.7. : Omvang van het organisatorisch overleg 51

Tabel 5.8. : Omvang van het organisatorisch overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines 52

Tabel 5.9. : Aantal deelnemende disciplines aan multidisciplinair organisatorisch overleg 53

Tabel 5.10.: Frequentie van het organisatorisch overleg 54

Tabel 5.11.: Verband tussen de omvang van het organisatorisch overleg en het dienstverband van huisartsen in gezondheidscentra 55

Tabel 5.12.: Omvang van het overleg over het functioneren 56

Tabel 5.13.: Omvang van het functioneringsoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines 58

Tabel 5.14.: Aantal deelnemende disciplines bij multidisciplinair overleg over het functioneren 59

Tabel 5.15.: Frequentie van het overleg over het functioneren 59

vervolg tabellen pag.

Tabel 5.16.: Totale omvang van de na- en bijscholing 61
Tabel 5.17.: Omvang van mono- en multidisciplinaire na/bijscholing 61
Tabel 5.18.: Frequentie van na- en bijscholingsbijeenkomsten 63
Tabel 5.19.: Dienstverband en na- en bijscholing 63
Tabel 5.20.: Totale omvang van onderlinge toetsing 64
Tabel 5.21.: Het belang dat huisartsen hechten aan informeel overleg 66
Tabel 5.22.: Totale omvang van het informele overleg 67
Tabel 5.23.: Omvang van het informele overleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken met zes veel voorkomende disciplines 68
Tabel 5.24.: Aantal disciplines bij multidisciplinair informeel overleg 69
Tabel 5.25.: Frequentie van het informeel overleg 69
Tabel 5.26.: Hoeveelheid informeel overleg naar de omvang van het team in gezondheidscentra 70
Tabel 5.27.: Monodisciplinaire ad hoc consultatie 71
Tabel 5.28.: Deelname aan en globale duur van mono-, bi- en multidisciplinair ad hoc overleg 72

Grafieken

Samenvatting en conclusies
Figuur : Overzicht van de hoeveelheid geregeld overleg van het overleg en deelnemende discipline 4

Hoofdstuk 4
Figuur 4.1.: Proporties mono-, bi- en multidisciplinair overleg bij huisartsen met verschillend totaal overlegvolume 33
Figuur 4.2.: Volume en aard van het overleg in vier praktijkvormen 34
Figuur 4.3.: Meest voorkomende overlegpartners van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken 40

Hoofdstuk 5
Figuur 5.1.: Samenstelling patiëntenoverleg in vier praktijkvormen 46

vervolg grafieken pag.

Figuur 5.2.: Samenstelling van het organisatorisch overleg in vier praktijkvormen 51

Figuur 5.3.: Samenstelling van het overleg over het functioneren in de vier praktijkvormen 57

Figuur 5.4.: Samenstelling van het informele overleg in vier praktijkvormen (de diameter van de cirkels geeft de verhouding weer van de hoeveelheid informeel overleg) 67

Figuur 5.5.: Samenstelling van het ad hoc overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken 73