

Rg22 (3)
118466

Samenwerking van huisartsen en verwijscijfers

samenvatting
november 1985

tekst: L.C.A. Kik

onderzoek verricht door:
D. Wijkel



© Nederlands Huisartsen Instituut

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius
druk: Anton Leerentveld

WO-brochure 84-05

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 812 - 3500 AV Utrecht
Telefoon: 030 - 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het instituut verricht wetenschappelijk onderzoek en houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en - in toenemende mate - andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.

2801 JAN 4 1983
BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUISARTSEN INSTITUUT
POSTBUS 812 - 3800 AV UTRECHT

Inhoud

	pag
Inleiding	5
Onderzoeksopzet en definities	6
Patiëntenbesprekingen en andere vormen van overleg	8
Waardering van multidisciplinaire samenwerking	11
Vergelijking van groepspraktijken en gezondheidscentra	12
De relatie tussen samenwerken en verwijscijfers	14
Conclusie	18

Inleiding

De samenwerking tussen hulpverleners in de eerste lijnsgezondheidszorg wordt meer en meer een vanzelfsprekende zaak. Vooral in kringen van huisartsen is regelmatig op die samenwerking aangedrongen. Aanvankelijk waren daarbij vooral inhoudelijke overwegingen in het geding: de huisarts moest steeds vaker vaststellen dat een strikt medische benadering van klachten van patiënten niet toereikend was. Tegelijk kreeg hij meer oog voor de waarde van het werk van andere hulpverleners in de eerste lijn, terwijl ook in de huisartsopleiding het accent sterker dan voorheen kwam te liggen op het belang van onderlinge samenwerking.

Behalve op deze inhoudelijke overwegingen wijzen de voorstanders van samenwerking steeds vaker op het mogelijke kostenbesparend effect: een patiënt die in zijn eigen omgeving geholpen kan worden is niet alleen zelf beter uit, maar helpt ook de kosten te drukken doordat een verwijzing naar - dure - specialistische voorzieningen of een verblijf in het ziekenhuis achterwege kan blijven, zo is de redenering.

De samenwerkingsidee wordt niet alleen met de mond beleden, maar ook druk in praktijk gebracht. In het project 'Samenwerken en verwijzen' probeert het NHI een beeld te schetsen van de aard en omvang van de verschillende vormen van samenwerking van huisartsen. Daarnaast wordt nagegaan of samenwerking ook werkelijk leidt tot lagere kosten: hebben huisartsen die samenwerken écht lagere verwijscijfers en minder ziekenhuisopnamen dan colle-

ga's die er alleen voor staan?

Het eerste deelonderzoek in het kader van 'Samenwerken en verwijzen' bleef beperkt tot de samenwerking in 'formele' samenwerkingsverbanden als groepspraktijken en gezondheidscentra. Gegevens over samenwerking in zogenaamde 'home-teams' en minder gestructureerde vormen van samenwerking waren ook niet voorhanden. In het tweede deelonderzoek, waarvan in deze brochure verslag wordt gedaan, heeft het NHI in die leemte willen voorzien.

Onderzoeksopzet en definities

Om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de samenwerking *buiten* formele samenwerkingsverbanden werd een enquête gehouden. Zevenhonderdnegen-eneveertig huisartsen, die *niet* in een groepspraktijk of een gezondheidscentrum werken, kregen in het voorjaar van 1983 een vragenlijst gestuurd. Van de aangeschreven artsen reageerde 65%.

Van vrijblijvende koffiepauzes of borreluurtjes tot strak gestructureerde bijeenkomsten waarop bindende afspraken worden gemaakt: het begrip 'samenwerking' brengt een groot aantal uiteenlopende activiteiten onder één noemer. De vragen in de enquête bleven echter beperkt tot *gestructureerde* vormen van samenwerking. In dat geval vinden er regelmatig bijeenkomsten plaats, waarop hulpverleners onderling informatie uitwisselen en vanuit een gemeenschappelijk uitgangspunt over die informatie praten.

Anders dan voor gezondheidscentra bestaan er voor andere vormen van samenwerking geen duidelijke en algemeen aanvaarde definities. In het onderzoek is sprake van *monodisciplinaire* samenwerking wanneer huisartsen uitsluitend met andere huisartsen samenwerken, zoals in het geval van een waarneemgroep of een associatie. Wanneer huisartsen samenwerken met hulpverleners uit één andere beroepsgroep in de eerstelijnszorg, spreken we van *bidisciplinaire* samenwerking. Samenwerking waarbij hulpverleners uit tenminste drie verschillende beroepsgroepen betrokken zijn - te denken valt aan een sociaal café, een home-team, maar ook aan een gezondheidscentrum - noemen we *multidisciplinaire*.

Welke onderwerpen komen zoal tijdens de samenwerkingsbijeenkomsten aan de orde? Ter wille van een overzichtelijk beeld is ook hierbij een onderscheid gemaakt tussen verschillende overlegactiviteiten. Naast het *patiëntenoverleg* komt *organisatorisch* overleg, overleg over het *functioneren* en - hoewel het strikt genomen buiten het kader van het onderzoek valt - *informeel* overleg aan bod. Verder is er nog aandacht voor na- en bijscholing en onderlinge toetsing.

Om een indruk te krijgen van de intensiteit van de samenwerking is tenslotte gevraagd *hoe vaak* de bijeenkomsten plaatsvinden en *hoeveel tijd* het overleg in beslag neemt.

Patiëntenbesprekingen en andere vormen van overleg

De onderlinge samenwerking is in deze tijd niet meer weg te denken, zo wijzen de cijfers uit. Slechts één op de negen artsen doet aan geen enkele vorm van samenwerking. Vier op de vijf maakt deel uit van een *waarneemgroep* en spreekt met een aantal collega's af voor elkaar in te vallen bij ziekte, in weekends of tijdens de vakantie. Dat wil overigens niet zeggen dat de resterende 20% de waarneming niet geregeld heeft. Negenentwintig procent werkt samen met een collega in een *associatie* en nog eens zevenentwintig procent werkt samen in ander verband.

Opvallend is dat liefst 37% van de ondervraagde artsen opgeeft samen te werken met wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker. Veel van deze samenwerkingsverbanden zou men 'home-teams' kunnen noemen, al geven sommige betrokken hulpverleners de voorkeur aan een benaming als 'functionarissen-overleg' of 'sociaal café'.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het patiëntenoverleg over de hele linie - voor alle vormen van samenwerking - de meest belangrijke overlegvorm is. Niet alleen komt dit overleg het meest frequent voor, er is ook de meeste tijd mee gemoeid. Wanneer huisartsen in associaties met hun collega overleggen over actuele gezondheidsproblemen bij hun patiënten, gebeurt dat in de regel dagelijks of tenminste wekelijks. Gemiddeld zijn artsen in associaties zo'n acht uur per maand voor deze vorm van patiëntenoverleg in touw. So-

lo-artsen overleggen daarentegen veel minder vaak en halen mede daardoor een gemiddelde van 'slechts' anderhalf uur.

Bi-disciplinair patiëntenoverleg vindt meestal eens in de maand plaats. De duur van het overleg loopt uiteen van één uur met maatschappelijk werkers tot gemiddeld anderhalf uur met wijkverpleegkundigen en met fysiotherapeuten. Ook in dit geval besteden artsen in associaties met bijna drie uur in de maand meer tijd aan overleg dan collega's die er alleen voor staan, al is het verschil ditmaal veel kleiner: de doorsnee solo-arts is in totaal twee uur in de maand in de weer met dit soort overleg.

Ook het multidisciplinaire overleg kent meestal een frequentie van eens in de maand. De tijd die de betrokken artsen in het overleg steken loopt uiteen van één uur bij solo-artsen tot zes kwartier bij duo-artsen.

Lang niet al het patiëntenoverleg, zo blijkt uit het onderzoek, vindt plaats op van tevoren vastgestelde tijdstippen. Ook buiten het geregelde overleg om consulteren veel artsen collega-huisartsen over een diagnose of de wijze van behandeling van patiënten. Artsen in associaties doen dat vaker dan solo-artsen, zo wijzen de cijfers uit. Maar liefst 78% van de geassocieerde artsen consulteert z'n associë regelmatig - tenminste een maal per maand - tot zeer regelmatig - tenminste eenmaal per week.

Behalve over hun patiënten overleggen huisartsen

ook over andere onderwerpen met collega's en hulpverleners met een andere beroepsachtergrond. Uit de volgende tabel blijkt echter dat aan andere vormen van overleg aanzienlijk minder vaak wordt deelgenomen. Wél doet een groot deel van de ondervraagde artsen (71%) aan onderling organisatorisch overleg. Dat is niet zo vreemd gezien het feit dat vier van de vijf artsen deel uitmaken van een waarneemgroep. En juist artsen in waarneemgroepen besteden veel tijd - gemiddeld vier uur in de maand - aan de onderlinge regeling van hun hulpverlening.

Tabel: Samenwerking van huisartsen met collega's en met hulpverleners uit één, respectievelijk meerdere andere beroepsgroepen.

vormen van overleg	Samenwerking met collega-huisartsen	Samenwerking met hulpverleners van één andere beroepsgroep	multi-disciplinaire samenwerking
patiëntenoverleg	65%	77%	69%
organisatorisch overleg	71%	23%	40%
informeel overleg op vaste tijdstippen	29%	38%	39%
overleg over functioneren	29%	23%	38%
onderlinge na- en bijscholing	36%	-	20%
onderlinge toetsing	14%	-	-

Artsen die samen met collega's aan onderlinge na- en bijscholing doen - bijvoorbeeld in de vorm van bespreking van praktijkgevallen - besteden daar doorgaans veel tijd aan, zo komt verder uit het onderzoek naar voren. Bij 44% van de artsen in associaties komt na- en bijscholing - vooral - wekelijks aan bod. Gemiddeld komt het tijdsbeslag neer op bijna vier uur in de maand. Van de huisartsen in waarneemgroepen heeft 33% een - meestal - maandelijks scholingsbijeenkomst van anderhalf uur. Bij de tamelijk grote belangstelling voor scholing

steekt de aandacht voor onderlinge toetsing wat magertjes af. Opmerkelijk is dat slechts 7% van de geassocieerde huisartsen aan onderlinge toetsing doet. Mogelijk wordt deze vorm van overleg door de dagelijkse werkcontacten met de associé als te bedreigend ervaren: het is veiliger om je fouten op medisch gebied te bespreken binnen een groep artsen die je in het dagelijks werk niet regelmatig ziet.

Waardering van multidisciplinaire samenwerking

Wordt de onderlinge samenwerking met collega-huisartsen steeds meer als een vanzelfsprekende zaak beschouwd, het belang van multidisciplinaire samenwerking is veel minder onomstreden. Een veel genoemd nadeel van deze vorm van overleg is het 'tijdrovende' karakter. Ook de verminderde bescherming van de privacy van patiënten is verschillende betrokken hulpverleners een doorn in het oog. Van de ondervraagde huisartsen is 39, respectievelijk 35% het ermee eens dat het hier om belangrijke nadelen van multidisciplinaire samenwerking gaat. Bovendien ziet één op de vijf huisartsen als nadeel dat de samenwerking leidt tot een grotere omvang van de hulpverlening in de eerste lijn.

Voordelen van multidisciplinaire hulpverlening ziet het merendeel van de ondervraagden in een betere onderlinge afstemming van de hulpverlening, in het 'integrale' karakter van de hulpverlening en in een betere opvang van patiënten met psychosociale problemen. Ook het feit dat men dankzij de samenwerking beter op de hoogte is van elkaars

kunnen vindt bij veel huisartsen instemming. Enigszins verrassend is dat slechts één op de drie samenwerkende artsen het overleg met andere hulpverleners in de eerste lijn ziet als een middel om minder snel te verwijzen naar de tweede lijn.

Het kostenbesparingsargument vindt blijkbaar weinig weerklank.

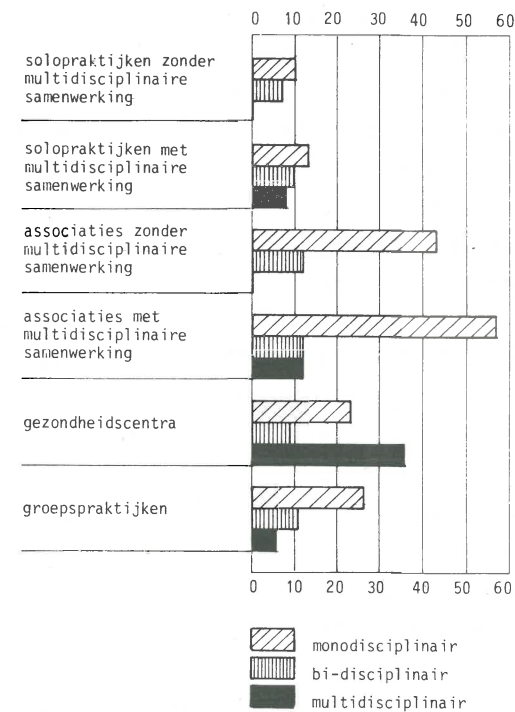
Uiteindelijk waarderen vier op de vijf artsen die in een 'home-team'-achtige situatie werken de samenwerking positief. Slechts een enkeling geeft een negatief oordeel. Wel laat één op de vijf in het midden of de samenwerking goed danwel slecht bevalt: de waardering komt in die gevallen uit op 'neutraal'.

Vergelijking met groepspraktijken en gezondheidscentra

Wat zijn nu de verschillen in aard en omvang van de samenwerking bij deze groep artsen in vergelijking met huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra? Omdat soortgelijke samenwerkingsgegevens over deze formele samenwerkingsverbanden alleen voor het jaar 1978 beschikbaar waren, werd de respondenten - voor zover zij in dat jaar een praktijk voerden - gevraagd een beroep te doen op hun geheugen. Op analoge wijze als in een vorige paragraaf is uiteengezet, zijn zo ook de nodige gegevens over 1978 verzameld.

In de figuur op de volgende bladzijde zijn de enquête-resultaten in combinatie met de samenwerkingsgegevens van groepspraktijken en gezondheidscentra grafisch weergegeven.

Huisartsen in associaties - het is al eerder vast-



gesteld - steken een grote hoeveelheid tijd in patiëntenbesprekingen. Uit de figuur valt af te lezen dat associaties zonder multidisciplinair overleg huisartsgroepspraktijken zelfs met stukken slaan op het punt van de overlegtijd. Associaties die bovendien nog toekomen aan multidisciplinair overleg blijken op hun beurt weer meer overlegtijd te hebben dan gezondheidscentra. Artsen in solo-praktijken overleggen in elk geval over de hele linie minder vaak dan hun collega's in formele samenwerkingsverbanden.

Bij deze resultaten moet echter een kanttekening worden gemaakt. Het is niet denkbeeldig dat de overlegtijd in het geval van de associaties over-

schat is. Juist bij associaties komt in verhouding vaak een dagelijkse patiëntenbespreking voor, zodat het misschien beter was geweest de tijd van het overleg in minuten in plaats van kwartieren te schatten. Maar, zelfs al is de totale overlegtijd mogelijk wat overgewaardeerd, dat neemt toch niet weg dat associaties op dit punt zeker niet onder doen voor gezondheidscentra. *Maar waarschijnlijk is dat in de gese effectiever overleg wordt.*

De relatie tussen samenwerken en verwijscijfers

Hebben huisartsen die samenwerken nu ook werkelijk lagere verwijscijfers en minder ziekenhuisopnamen dan collega's die er alleen voor staan? Die vraag is in het eerste deelonderzoek van 'Samenwerken en verwijzen' al aan de orde gesteld. Daarbij is gewerkt met gegevens van het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (LISZ). De LISZ-cijfers lieten zien dat artsen in associaties, groepspraktijken en gezondheidscentra minder naar specialisten verwezen dan solo-artsen. Die vaststelling alleen zegt echter nog niet alles, omdat de verwijscijfers van praktijk tot praktijk enorm kunnen verschillen. In het eerste deelonderzoek is daarom nog eens nagegaan of de verschillen ook blijven bestaan als rekening wordt gehouden met een aantal kenmerken die het verwijscijfer beïnvloeden: met de leeftijdsopbouw van de praktijk, de urbanisatiegraad, de regio, de praktijkgrootte, het specialistentaanbod en de afstand tot het ziekenhuis. Resultaat van de analyse was dat alleen de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra tegen een dergelijke toetsing bestand bleken te zijn. De aanvankelijk gunstige verwijscijfers van huisart-

sen in associaties en groepspraktijken bleven in de analyse niet helemaal overeind. Blijkbaar hangen die gunstige cijfers voor een belangrijk deel samen met het feit dat de betreffende artsen toevallig een jongere praktijk hebben, op het platteland zitten, op grote afstand van een ziekenhuis werken en ga zo maar door. De 'gecorrigeerde' verwijscijfers zien er als volgt uit:

solopraktijk	467 *
solo + assistent	462
associatie	457
groepspraktijk	454
gezondheidscentrum	425

De remmende invloed van gezondheidscentra op de vraag naar specialistische hulp blijft overigens niet beperkt tot lagere verwijscijfers: patiënten uit gezondheidscentra worden ook (iets) minder vaak opgenomen en blijven in dat geval gemiddeld een halve dag minder lang in het ziekenhuis dan patiënten van solistisch werkende artsen. Uit de analyse volgt dan dat gezondheidscentra - voor alle duidelijkheid: onder overigens gelijke omstandigheden - jaarlijks 159 verpleegdagen per duizend ingeschreven ziekenfondspatiënten minder hebben dan solopraktijken. Zoals in het volgende overzicht valt af te lezen, hebben ook andere samenwerkingsverbanden in verhouding gunstige cijfers:

* Aantallen verwijzingen per jaar per duizend ingeschreven ziekenfondsverzekerden, 'gecorrigeerd' voor de variabelen regio, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, aantal specialisten, grootte en samenstelling van de praktijk. De cijfers hebben betrekking op het jaar 1978.

solopraktijk	1935 *
solo + assistent	1907
associatie	1908
groepspraktijk	1847
gezondheidscentrum	1776

Is er nu ook een verband te vinden tussen de hoeveelheid tijd die aan overleg wordt besteed en de hoogte van de verwijscijfers? In het tweede deelonderzoek van 'Samenwerken en verwijzen' is de relatie tussen de samenwerkingsgegevens van huisartsen buiten groepspraktijken en gezondheidscentra en hun verwijscijfers nader onder de loep genomen. De huisartsen die deelnamen aan de enquête hebben overigens in grote meerderheid toestemming gegeven om de LISZ-cijfers met de gegevens uit de vragenlijst in verband te brengen.

Naast de samenwerkingsgegevens zijn ook de eerder genoemde praktijkenmerken - voor zover van invloed op het aantal verwijzingen - weer in de beschouwing betrokken. Verder is rekening gehouden met het feit dat de ene huisarts meer en de andere minder therapeutische technieken tot z'n vak rekent. De taakopvatting die de huisarts op dit punt heeft blijkt zelfs een vrij grote invloed op het verwijscijfer te hebben. Een laatste veronderstelling die in de analyse is meegenomen betreft de aanwezigheid van diagnostische apparatuur in de

* Verpleegduurcijfers per jaar per duizend ingeschreven ziekenfondspatiënten, gecorrigeerd voor de variabelen regio, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, aantal bedden, gemiddelde leeftijd van de patiënten, percentage kleine kinderen en vestigingsjaar van de arts. De cijfers hebben betrekking op het jaar 1978.

huisartsenpraktijk: is die apparatuur beschikbaar, dan hoeft de arts minder voor onderzoek naar de tweede lijn te verwijzen, zo is de redenering.

Uit de analyse komt naar voren dat de hoeveelheid overlegtijd nauwelijks van invloed is op de hoogte van de verwijscijfers. Een belangrijk resultaat is wel dat huisartsen in associaties die in een 'home-team'-achtige situatie samenwerken lagere verwijscijfers hebben dan geassocieerde artsen die alleen onderling aan patiëntenoverleg doen. Een dergelijk resultaat viel al enigszins te verwachten, gezien de analoge lagere verwijscijfers van artsen in gezondheidscentra. Bij solo-artsen is van zo'n verband echter geen sprake.

Naast de verschillende vormen van patiëntenoverleg met hulpverleners in de eerste lijn, hebben huisartsen ook de mogelijkheid specialisten te raadplegen. Verrassend is dat huisartsen die zeer intensief een specialist consulteren een duidelijk hoger verwijscijfer hebben dan collega's die slechts mondjesmaat van die mogelijkheid gebruik maken. Veelvuldig consulteren kan blijkbaar ook teveel van het goede zijn.

Niet alle vormen van samenwerking met specialisten geven aanleiding tot hogere verwijscijfers. Zo blijken huisartsen, die veel nascholingscursussen volgen waarbij specialisten als consulent optreden, weer lagere verwijscijfers te hebben.

Conclusie

De resultaten van het tweede deelonderzoek in het kader van het project 'Samenwerken en verwijzen' vormen op zich een goede aanvulling op de eerder vastgestelde verschillen in verwijscijfers bij verschillende samenwerkingsvormen. Om het beleid in de eerstelijnsgezondheidszorg beter te kunnen funderen - daar is het tenslotte om begonnen - is echter meer kennis over het 'waarom' vereist.

Zo is het denkbaar dat artsen die nauw met anderen samenwerken andere artsen zijn dan solisten; mogelijk kiezen zij er vanuit hun visie op het vak bewust voor patiënten zolang mogelijk zelf te behandelen. Het gegeven dat de taakopvatting van artsen op het punt van de therapeutische vaardigheid van invloed is op de hoogte van het verwijscijfer wijst al enigszins in die richting.

Aan de andere kant is het mogelijk dat de patiënten van intensief samenwerkende huisartsen allesbehalve doorsnee patiënten zijn, die mondiger zijn dan anderen of eerder bereid met onzekerheid te leven. Misschien ook gaan zij minder vaak naar de dokter omdat zij er wat langer voor moeten lopen en hebben zij daardoor minder kans om verwezen te worden.

Op deze en andere vragen hoopt het NHI in de volgende - en laatste - fase van het project 'Samenwerken en verwijzen' een antwoord te vinden.

Het rapport 'Samenwerken en verwijzen deel II; samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken' is op aanvraag bij het NHI verkrijgbaar.