

SAMENWERKEN EN VERWIJZEN

deel II samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Rapport over de verschillende vormen van samenwerking van solo-
praktijken en associaties en de relatie daarvan met productie-
cijfers in de tweede lijn

juni 1984
D. Wijkel

INHOUD

	blz.
1. Inleiding	1
2. Vraagstellingen	3
3. Nadere operationalisering van de gebruikte begrippen	6
4. Onderzoekspopulatie	12
5. De samenwerking	17
5.1. Inleiding	17
5.2. Monodisciplinaire samenwerking	18
5.3. Bidisciplinaire samenwerking	26
5.4. Multidisciplinaire samenwerking	33
5.5. Samenvatting	39
6. Totaaloverzicht van de tijd die aan overleg wordt besteedt in vier verschillende samenwerkingsvormen	41
6.1. Inleiding	41
6.2. Totale overlegtijd	42
7. Samenwerking met specialisten en de ambulante geestelijke gezondheidszorg	46
8. De relatie tussen het samenwerken en de verwijscijfers	52
8.1. Inleiding	52
8.2. De gebruikte variabelen	54
8.3. Analysemethode	58
8.4. Resultaten	60
9. Samenvatting	69
- Literatuur	74
 Bijlage	
-Structuurvergelijkingen van de totale verwijscijfers 1978 en 1982	75
-enquête, aanbiedingsbrief , vragenlijst, rappel	

1. INLEIDING

In dit tweede rapport, dat verschijnt in het kader van het project 'Samenwerken en Verwijzen', wordt de samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken belicht. Dit rapport maakt deel uit van de eerste fase van het project, waarin de relaties tussen samenwerkingsvormen en verwijscijfers aan statistische toetsing worden onderworpen.

Uit ziekenfondsgegevens (LISZ-jaarboeken) bleek dat artsen in associaties, groepspraktijken en gezondheidscentra minder naar specialisten verwezen dan solo-artsen. De vraag die wij ons in het eerste rapport hebben gesteld is of die verschillen geheel toegeschreven kunnen worden aan structurele variabelen, zoals afstand tot het ziekenhuis, patiëntenopbouw van de praktijk, urbanisatiegraad, praktijkgrootte, regio en specialistenaanbod. We hebben deze vraag ontkennend beantwoord. De verschillen in verwijscijfers tussen artsen die een solo-praktijk uitoefenen en artsen die in hun praktijk samenwerken met andere artsen (associaties, groepspraktijken) en met andere hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg (gezondheidscentra) bleven in belangrijke mate bestaan, nadat de invloed van de structurele variabelen was uitgeschakeld. Ook bij het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten vonden we een belangrijk verschil tussen gezondheidscentra en de overige praktijkvormen. We hebben de resultaten hieronder in tabelvorm weergegeven.

Tabel 1.1. Productiecijfers van vijf praktijkvormen na uitschakeling van beïnvloedende factoren* (1978)

	Solo-arts	Solo + assistent	Associaties	Groepsprakt.	Gezondh. centrum
Verwijscijfers	467	462	457	454	425
Opnamecijfers	geen significante verschillen				
Verpleegdagen per 1000 ZF-patiënten	1938	1907	1908	1847	1776

*Afstand tot ziekenhuis; gemiddelde leeftijd en percentage mannen in de ziekenfondspraktijk; urbanisatiegraad; regio; specialistenaanbod; praktijkgrootte en inkomensniveau van de gemeente.

Praktijkvormen waarin formeel wordt samengewerkt hebben dus lagere productiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg. Op basis van die uitkomst is men geneigd te veronderstellen dat er dus een relatie is tussen het samenwerken en de productiecijfers; of nog een stap verder, dat het samenwerken één van de oorzakelijke factoren is voor de lagere productiecijfers. Deze laatste veronderstelling, die het mechanisme van de relatie betreft, zal in de tweede fase van het onderzoek aan de orde komen. In deze eerste fase houden we ons nog bezig met de eerstgenoemde veronderstelling. Daarbij is immers een aantal kanttekeningen te maken. In het eerste rapport kwamen alleen formele samenwerkingsverbanden aan de orde. Daarnaast bestaan nog vele andere vormen van samenwerking; soms informeel, maar vaak ook geformaliseerd in 'home-teams', die qua inhoudelijke samenwerking in principe te vergelijken zijn met gezondheidscentra. Daarnaast bestaan allerlei vormen van bi-disciplinaire samenwerking.

Gegevens over aard en omvang van deze vormen van samenwerking zijn schaars en waren niet voorhanden, zodat we deze lacune moesten opvullen met eigen materiaalverzameling.

Aan een a-selecte steekproef van Nederlandse huisartsen, die niet in groepspraktijken en gezondheidscentra werkten, werd daarom een vragenlijst gestuurd, waarin op uitgebreide schaal naar de verschillende vormen van samenwerking wordt gevraagd.

Dit rapport doet verslag van de resultaten van die enquête. In hoofdstuk 2 zal eerst de vraagstelling nader worden uitgewerkt, waarna de gebruikte begrippen in hoofdstuk 3 worden behandeld. Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoekspopulatie, waarbij speciale aandacht wordt geschonken aan de non-respons. Hoofdstuk 5 en 6 bevatten de beschrijving van de samenwerking van huisartsen met disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. In hoofdstuk 7 komt dan de beschrijving van de samenwerking met de tweedelijnsgezondheidszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de orde.

Hoofdstuk 8 bevat de analyse van de relatie tussen de samenwerkingsvariabelen en verwijscijfers. Eerst worden daartoe de in die analyse betrokken variabelen toegelicht en de gebruikte technieken omschreven, daarna zullen de resultaten worden vermeld. Het laatste hoofdstuk bevat de samenvatting van dit rapport en een korte vooruitblik op de activiteiten in de tweede fase van het onderzoek.

2. VRAAGSTELLINGEN

Het onderwerp van dit rapport is, zoals we in de inleiding aangaven, de samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken.

Onze voornaamste vraagstelling betreft het verschil in samenwerking tussen de gezondheidscentra en groepspraktijken enerzijds, en solo- en duo-praktijken anderzijds.

Over de samenwerking in gezondheidscentra en groepspraktijken is door het registratiesysteem samenwerkingsverbanden van het NHI (o.a. Boerma, 1983) vrij veel bekend. Niet alleen beschikken we over de samenstelling van de samenwerkingsverbanden, maar voor het jaar 1978 is ook bekend in welke mate in gezondheidscentra en groepspraktijken wordt samengewerkt.

Gegevens zijn voorhanden over de frequentie, duur en aard van de verschillende overlegvormen (v.d. Zee, 1979).

Over deze gegevens is in ons eerste rapport al verslag uitgebracht (Wijkel, 1983, hoofdstuk 6). Uit de analyse van de tijd die aan samenwerking werd gegeven, bleek dat gezondheidscentra vrij veel tijd in multidisciplinair overleg investeerden. Bi-disciplinair en mono-disciplinair overleg namen minder tijd in beslag.

Huisartsen in groepspraktijken deden verhoudingsgewijs meer aan mono-disciplinair overleg.

Inhoudelijke samenwerking beperkt zich echter niet tot gezondheidscentra. De puur solistisch werkende huisarts wordt steeds schaarser. Huisartsen werken in toenemende mate samen in geformaliseerde samenwerkingsverbanden, zoals associaties, maar ook waarneemgroepen. Daarnaast vindt al dan niet geregeld overleg plaats met wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en andere hulpverleners in de eerstelijns.

Ook worden zogenaamde home-teams gevormd, waarin meerdere disciplines samenwerken.

Welke omvang deze samenwerking heeft genomen is nog een open vraag, alhoewel er langzamerhand wel enig zicht begint te komen op 'home-team-achtige' vormen van samenwerking.

Omdat het maatschappelijk werk in de meeste gevallen deel uitmaakt van een home-team, kan via het AMW een inventarisatie gerealiseerd worden. Ook via regionale inventarisaties komen wel enige gegevens naar buiten

(Verhaak, 1984). In Limburg kon men bijvoorbeeld constateren dat zo'n 30 % van de huisartsen aan een home-team deelneemt.

Een overzicht van hulpverleners, met wie de huisarts gestructureerde samenwerking heeft, vonden we in het recente proefschrift van Boots (1983). Het gaat hier om een random-steekproef van huisartsen (900), die op 1 januari 1979 een huisartspraktijk hadden. Van deze huisartsen konden de gegevens van 614 gevallen geanalyseerd worden.

Gestructureerde samenwerking met:

Andere artsen	22.6 %
Apotheker	12.2 %
Fysiotherapeut	20.7 %
Maatschappelijk werk	26.2 %
Psycholoog	3.1 %
Wijkverpleegkundige	27.7 %

(n = 614)

Niet bekend is welke vorm die samenwerking had (mono, bi- of multidisciplinair).

Resumerend kunnen we onze eerste vraagstelling als volgt definiëren:

Welke vormen van gestructureerde samenwerking, volgens opgave van de huisarts, bestaan er naast de formele samenwerkingsvormen en van welke omvang is die samenwerking?

We hebben ons in deze vraagstelling beperkt tot 'gestructureerde samenwerking', omdat onder het begrip samenwerking elke activiteit begrepen kan worden waarbij informatie wordt uitgewisseld, of waarbij contact plaatsvindt tussen de betrokkenen. We komen hier in het volgende hoofdstuk op terug.

Binnen de verschillende samenwerkingsvormen kan men de samenwerkingsactiviteiten op een groot aantal verschillende manieren invullen. Bij de inventarisatie van het samenwerkingsoverleg in gezondheidscentra en groepspraktijken (v.d. Zee, 1979) kwam al naar voren dat overleg over de behandeling van patiënten regelmatig plaatsvindt tijdens 'koffiepauzes'.

In andere centra worden veelvuldig teamvergaderingen georganiseerd, waarbij de behandeling van patiënten aan de orde is. Naast het overleg over patiënten kan ook vergaderd worden over huishoudelijke aangelegenheden of kan het overleg bedoeld zijn om de sociale contacten te verbeteren. Hoewel we op voorhand niet weten hoe de inhoud van de samenwerking inwerkt op de praktijkuitoefening van de eerstelijns-hulpverleners, vermoeden we wel dat het inhoudelijke (patiënten-)overleg, dat frequent plaatsvindt, het meest van belang is.

We definiëren onze tweede vraagstelling daarom als volgt:

Wat is de inhoud van de samenwerking in de verschillende samenwerkings-situaties, met welke frequentie vindt het overleg plaats en hoeveel tijd wordt daaraan, volgens opgave van de huisarts, besteed?

Speciale aandacht verdient de vraag in hoeverre de geassocieerde huisartsen wat deze aspecten betreft verschillen van de solo-artsen. In hoeverre solo- en duo-artsen wat de samenwerking betreft, afwijken van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken, vormt, zoals we aan het begin van dit hoofdstuk al zagen, de voornaamste vraagstelling.

Omdat de samenwerkingstijd van groepspraktijken en gezondheidscentra over het jaar 1978 bekend is, zal deze vergelijking alleen voor dat jaar kunnen plaatsvinden.

In de inleiding werd er op gewezen dat met het vaststellen van de relatie tussen formele samenwerkingsvorm en verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (Wijkel, 1983), nog niet is vastgesteld dat er een relatie is tussen het "samenwerken" en deze produktiecijfers. In onze derde vraagstelling wordt die relatie verder uitgewerkt:

Bestaat er een statistische relatie tussen de intensiteit en aard van de samenwerking zoals opgegeven door de huisarts, en produktiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg.

3. NADERE OPERATIONALISERING VAN DE GEBRUIKTE BEGRIPPEN

In het vorige hoofdstuk kwam een aantal begrippen aan de orde die een nadere omschrijving behoeven. In de eerste plaats is het nodig 'gestructureerde samenwerking' nader te omschrijven. De samenwerkingsvorm, de inhoud en intensiteit van de samenwerking zullen hieronder tevens nauwkeuriger worden omschreven.

Gestructureerde samenwerking

We hebben in het vorige hoofdstuk al opgemerkt dat onder samenwerking een groot aantal activiteiten kan worden begrepen. Variërend van vrijblijvende koffiepauzes of borreluurtjes tot strak gestructureerde bijeenkomsten, waarop bindende afspraken worden gemaakt.

Daarnaast kan op ad hoc-basis worden samengewerkt. Als bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige bij één van haar patiënten medische problematiek aantreft, zal waarschijnlijk de huisarts worden ingelicht. Zulke 'vanzelfsprekende' vormen van samenwerking die in de dagelijkse praktijk van hulpverleners voorkomen, vormen niet het onderwerp van deze studie.

Wij beperken ons tot gestructureerde samenwerking. Dat is samenwerking die aan de volgende voorwaarden moet voldoen:

- Er vinden regelmatig bijeenkomsten plaats.
- De bijeenkomsten hebben ten doel onderling informatie uit te wisselen.
- Er wordt vanuit een gemeenschappelijk uitgangspunt over die informatie gepraat.
- Het overleg in het kader van de samenwerking moet geregeld en op vaste tijdstippen plaatsvinden.

Samenwerkingsvormen

Anders dan voor gezondheidscentra bestaan er voor andere vormen van samenwerking geen duidelijke en algemeen aanvaarde definities. Zo verstaat men onder een home-team meestal een multidisciplinair samenwerkingsverband, waarin de huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige participeren, maar er bestaan ook home-teams die in plaats van een maatschappelijk werker een pastor hebben, of in plaats van een wijkverpleegkundige een fysiotherapeut bijvoorbeeld.

Een uitgebreide vorm van multidisciplinaire samenwerking vinden we terug in het zogenaamde 'sociale café', waar alle hulpverleners in een bepaalde plaats, soms zelfs inclusief politie en sociale dienst, bij de bijeenkomsten aanwezig zijn.

Inmiddels worden wel pogingen gedaan om de team-samenwerking nader te definiëren. Op een themadag, georganiseerd door het Provinciaal Platform Samenwerking Eerste Lijn Gelderland (oktober 1982) werd zo een aantal normenmerken gedefinieerd (MGZ, 1982), waaraan de team-samenwerking zou moeten voldoen.

- Er wordt regelmatig, minimaal eens per 14 dagen en op vaste tijden, een teambespreking gehouden.*
- Dezelfde deelnemers participeren.*
- Er is sprake van een agenda; notulen en voorzitters worden door het team geregeld.*
- De verschillende disciplines stellen zich de samenwerking rond de directe patiëntenzorg ten doel; ze hebben een aantal patiënten gemeenschappelijk; er zijn globale overeenkomsten qua werkgebied (wijk).*

Samenwerking in gezondheidscentra en in home-teams valt voor het overgrote deel te vangen onder de term 'multidisciplinaire samenwerking'. Door de grote aandacht die deze multidisciplinaire samenwerking krijgt, lijkt het alsof de samenwerking met één andere discipline niet van belang is.

In de meeste classificaties van samenwerkingsverbanden komt de bi-disciplinaire samenwerking niet eens voor. Een voorbeeld daarvan is de classificatie van Van Beugen(1979), die vijf samenwerkingsvormen onderscheidt:

1. Het 'sociaal café': informele bijeenkomsten van verschillende hulpverleners; men leert elkaar beter kennen en men heeft de mogelijkheid elkaar te consulteren over individuele patiënten.
2. Het functionarissen-contact: regelmatige bijeenkomsten van hulpverleners over algemene vraagstukken, minder vrijblijvend dan het 'sociaal café'.
3. Het home-team.
4. Het (wijk)gezondheidscentrum.
5. Het (wijk)welzijnscentrum.

Zo'n voorstelling van zaken is te beperkt. Ook in gezondheidscentra wordt niet uitsluitend multidisciplinair samengewerkt. In 1978 werd gemiddeld 13 % van de samenwerkingstijd aan bi-disciplinaire samenwerking besteed en 34 % van de tijd aan monodisciplinair overleg (Van der Zee, 1979). Weliswaar is de multidisciplinaire samenwerking met 53 % van de tijd het belangrijkste, maar het is heel goed mogelijk dat solo- en duo-artsen juist meer tijd aan samenwerking met één andere discipline besteden. Bi-disciplinaire en multi-disciplinaire samenwerking zijn onderling uitwisselbaar. Wanneer men bijvoorbeeld een overleg heeft tussen huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige, ligt het niet voor de hand dat er daarnaast nog bilateraal overleg plaatsvindt tussen huisarts en maatschappelijk werker bijvoorbeeld.

We onderscheiden in dit rapport voor de verschillende samenwerkingsvormen van huisartsen met andere hulpverleners drie hoofdvormen:

- Monodisciplinaire samenwerking: dit is samenwerking met uitsluitend andere huisartsen. Hieronder vallen associaties, waarneemgroepen en dergelijke.
- Bi-disciplinaire samenwerking: dit is samenwerking met één andere discipline (in de eerstelijnszorg).
- Multidisciplinaire samenwerking: dit is samenwerking waarbij tenminste drie verschillende disciplines betrokken zijn. Het sociaal café, het functionarissen-contact, het home-team en het wijkgezondheidscentrum vallen hieronder.

Inhoud van de samenwerking

Uit het onderzoek naar de tijd die in gezondheidscentra en groepspraktijken aan de samenwerking werd besteed (v.d. Zee, 1979), bleek dat die tijd niet alleen gevuld werd met overleg over patiënten.

Het huishoudelijk/organisatorisch overleg en het overleg over het functioneren van de samenwerking namen ook een belangrijk deel van de tijd in beslag. We zagen hiervoor al dat het moeilijk is op voorhand aan te geven welke overlegsituaties wel of niet belangrijk zijn in de samenwerking. Uiteraard achten wij het inhoudelijke patiëntenoverleg het meest van belang. Een strikte scheiding aanbrengeen tussen organisatorisch overleg en

patiëntenoverleg, of tussen informeel overleg en patiëntenoverleg is echter moeilijk. De onderwerpen lopen soms in elkaar over. We proberen daarom een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de verschillende overlegcategorieën.

In dit onderzoek onderscheiden wij een viertal categorieën van overleg:

1. Patiëntenoverleg, dat is overleg over actuele gezondheidsproblemen bij patiënten die de hulpverlener zelf of de samenwerkingspartner behandelt.
2. Organisatorisch overleg, dat is overleg over bijvoorbeeld de waarneemregeling en andere afspraken die met de organisatie van de hulpverlening te maken hebben.
3. Informeel overleg,* dat is overleg dat informeel verloopt, waarbij allerlei zaken op ad hoc-basis aan de orde kunnen komen, maar die als voornaamste onderwerp het onderhouden van sociale contacten heeft.
4. Overleg over functioneren, dat is overleg waarbij bijvoorbeeld de gemaakte afspraken geëvalueerd worden.

Voor het mono- en multidisciplinaire overleg werd nog onderlinge na- en bijscholing onderscheiden. Alleen voor het monodisciplinaire overleg verder nog 'onderlinge toetsing'.

Deze categorieën van inhoudelijke samenwerking zijn vooral in kwaliteitsbevorderende zin van belang.

Vanwege de specifieke aard van de samenwerking werd bij het overleg met de wijkverpleegkundige het consultatiebureau als aparte categorie opgenomen. Bij de apotheker werd 'patiëntenoverleg' vervangen door 'medicijnenoverleg'.

Naast dit geregelde en gestructureerde overleg willen we ook aandacht besteden aan de zogenaamde consultatie als speciale ad hoc-vorm van samenwerking. Onlangs nog heeft met name Mulder (1983) gewezen op het belang van de consultatie voor het functioneren van de huisarts.

*Strikt genomen is er bij deze vorm van overleg geen sprake van 'gestructureerd overleg'. We hebben deze categorie toch opgenomen, omdat de grens met andere vormen van overleg soms moeilijk te trekken is. In de vragenlijst werd bovendien de mogelijkheid geboden 'overig' en 'ad hoc'-overleg te noteren; daarmee wilden we het risico vermijden dat huisartsen dergelijk overleg in de andere categorieën zouden plaatsen.

Ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid verwacht een gunstige invloed van consultatie van specialisten (zie bijvoorbeeld 'advies betreffende experiment Diagnostische Centra', 1975). Wij beschouwen zowel de consultatie van collega huisartsen, als de consultatie van medische specialisten.

We beperken ons in dit rapport niet tot de samenwerking binnen de eerstelijnszorg, maar betrekken er ook de samenwerking met de tweedelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg bij.

Naast de consultatie van specialisten besteden we ook aandacht aan nascholingsactiviteiten en andere samenwerkingsprojecten met de tweedelijns, zoals protocolbesprekingen, casusbesprekingen en projectgroepen eerste-tweedelijns.

De samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg behandelen we in de vorm van vaste werkcontacten.

Intensiteit van samenwerking

Bij de bespreking van de eisen die aan multidisciplinaire samenwerking gesteld mogen worden, kwam al naar voren dat een tweewekelijks overleg als minimum wordt gezien voor een goed functionerend overleg. Ook de duur is van belang, al moet daarbij bedacht worden dat overleg per definitie net zolang duurt als men ervoor uittrekt. Langdurige bijeenkomsten hebben niet automatisch meer inhoud dan kortdurende. Wij hanteren daarom twee maten voor de intensiteit van de samenwerking. Enerzijds de frequentie van het overleg en anderzijds de duur van het overleg, uitgedrukt in kwartieren per maand. Deze laatste maat is tamelijk globaal, maar in dit onderzoek, waar gebruik wordt gemaakt van postenquêtes, is het niet haalbaar meer gedetailleerde gegevens te krijgen.

De huisartsen werd gevraagd een schatting te maken van de gemiddelde duur van het overleg. Per definitie zijn dat geen exacte gegevens. Bij de interpretatie van de gegevens moet bovendien rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de overlegtijd steeds naar boven is afgerond. Ook wordt geen rekening gehouden met de mogelijkheid, dat de huisarts afgesproken bijeenkomsten verzuimd. De gegevens zijn daarmee echter niet waardeloos. In de eerste plaats moeten we bedenken dat het overleg

betreft, waarvoor tussen de hulpverleners afspraken zijn gemaakt. In de tweede plaats zijn het bijeenkomsten die regelmatig plaatsvinden, hetgeen de betrouwbaarheid van de schatting vergroot.

Een ander aspect dat genoemd moet worden is de retrospectiviteit van de gegevens. Wanneer het om de gegevens van 1983 gaat, menen wij dat het met inachtneming van wat hiervoor is gezegd voor de huisartsen goed mogelijk is op adequate wijze hun reguliere afspraken met andere hulpverleners weer te geven. Voor de gegevens van 1978 moest een beroep worden gedaan op het geheugen van de huisarts. Het risico dat deze gegevens niet volledig betrouwbaar zijn, is daarbij groot.

De duur van het overleg is dus een globale variabele. Het is goed mogelijk op basis van de verzamelde gegevens huisartsen in te delen in een aantal categoriën van intensiteit van samenwerkingsoverleg en de relatie van deze variabele met andere variabelen te onderzoeken.

Bij de vergelijking van gezondheidscentra en groepspraktijken enerzijds en solopraktijken en duspraktijken over 1978 anderzijds, moet men bedenken dat deze gegevens steeds volgens opgave van de betrokkenen is gebeurd, maar dat de gegevens van de gezondheidscentra en groepspraktijken in 1978 zijn verzameld en van de overige artsen in 1983.

4. ONDERZOEKSPOPULATIE

Voor het verzamelen van de nodige gegevens werd gekozen voor een schriftelijke enquête bij een steekproef van alle Nederlandse huisartsen die niet in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werken. De steekproef werd a-select uit het actuele bestand van de huisartsenregistratie van het NHI getrokken (maart 1983). Omdat we de samenwerkingsgegevens van deze huisartsen wilden vergelijken met de gegevens die in 1978 van de gezondheidscentra en groepspraktijken zijn verzameld, werd de steekproef aangevuld met een evenredig aantal artsen die in 1978 de huisartsenpraktijk uitoefenden, maar dat per 1 maart 1983 niet meer deden.

Deze vraagstelling had wel als consequentie dat de vragenlijst dubbel moest worden uitgevoerd. De vragen over samenwerking moesten zowel voor peildatum 1 juli 1978, als 1 januari 1983 ingevuld worden, hetgeen speciale eisen aan de lay-out van de vragenlijst stelde.

De enquête werd verstuurd aan 749 huisartsen. Om de respons voor de tamelijk ingewikkelde enquête zo hoog mogelijk te maken, werd een vrij intensieve methode gebruikt (verg. Dillman 1978). Dat betekende dat één week na het versturen een herinneringskaartje werd verstuurd en vier weken na de enquête werd de vragenlijst nogmaals opgestuurd, waarbij speciaal werd gewezen op het belang van het onderzoek (zie bijlage).

Uiteindelijk kwamen 484 vragenlijsten ingevuld bij ons terug. De respons was dus bijna 65 %. Vijfendertig huisartsen stuurden de enquête blanco terug en lieten daarbij, om uiteenlopende redenen, weten niet aan de enquête te willen meewerken. In tabel 4.1. is het aantal verstuurde, terugontvangen en geweigerde enquêtes voor drie groepen huisartsen weergegeven. De eerste groep omvat de aanvullende steekproef voor het jaar 1978. De tweede groep bestaat uit huisartsen die zowel in 1978 als 1983 een huisartspraktijk uitoefenden. De derde groep wordt gevormd door huisartsen die na 1978 gevestigd zijn en van wie dus alleen gegevens over 1983 bekend zijn.

Opvallend is het relatief hoge percentage huisartsen in de groep die in 1978 prakticeerde maar niet meer in 1983, dat liet weten niet aan de enquête te kunnen of willen meewerken. Als motief werd aangevoerd dat men geen praktijk meer uitoefende en de gegevens niet meer kon opzoeken.

Artsen die meenden ten onrechte te zijn aangeschreven, werden overigens telefonisch benaderd met het verzoek alsnog een vragenlijst in te willen vullen. Uiteindelijk bleek de respons van de niet meer praktizerende huisartsen toch laag (bijna 50 %).

Tabel 4.1. Het aantal verstuurde, terugontvangen en geweigerde enquêtes van drie groepen huisartsen.

	Verstuurde enquêtes	Geretourneerde enquêtes	Geweigerd
Huisarts in 1978 niet in 1983	77	37 (48.1%)	12 (15.6%)
Huisarts praktizeerde in 1978 en 1983	492	319 (64.8%)	14 (2.9%)
Huisarts in 1983 niet in 1978	180	128 (71.1%)	9 (4.7%)
Totaal	749	484 (64.6%)	35 (4.7%)

Voor de analyses voor het peiljaar 1978 zijn 356 vragenlijsten (37 + 319) beschikbaar en voor 1983 447 vragenlijsten (319 + 128); de vragenlijsten zijn overigens niet alle volledig ingevuld.

De vragenlijsten gingen vergezeld van een aanbiedingsbrief waarin om medewerking werd gevraagd; een kaart met de definities van de belangrijkste begrippen en een antwoordenveloppe waren eveneens bijgesloten.

De lijst (die in de bijlage is opgenomen) bestond uit de volgende delen:

- Deel A: over monodisciplinaire samenwerking met andere huisartsen.
- Deel B: over bi-disciplinaire samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn.
- Deel C: over multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.
- Deel D: over samenwerking met medisch specialisten en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.
- Deel E: over taakopvatting.

Productiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg

Vanwege de V.N.Z. wordt steeds de eis gesteld dat de huisartsen accoord gaan met de verstrekking van de op hun betrekking hebbende L.I.S.Z. gegevens in het kader van het onderzoek. Derhalve heeft een machtigingsprocedure plaats gevonden.

Aan het eind van de vragenlijst is een verklaring opgenomen, die de betreffende huisarts kon ondertekenen om ons te machtigen gegevens van het

L.I.S.Z. met de gegevens uit de vragenlijst in verband te brengen. Deze verklaring werd door 439 respondenten ingevuld, oftewel 91% van alle respondenten.

Representativiteit van de respons

Was de steekproef a-select getrokken, de respons daarentegen is een selectie uit de totale groep. Het zijn mensen die bereid zijn een ingewikkelde vragenlijst in te vullen. Op dat punt verschillen de respondenten per definitie van niet-respondenten. We moeten ons afvragen welke factoren die bereidheid beïnvloeden. Bij een vragenlijst die expliciet over samenwerking gaat, kan men zich voorstellen dat iemand die weinig of niets aan samenwerking doet de suggestie krijgt dat samenwerking tot de norm behoort. Het invullen (of beter nog het invullen met 'nee') wordt dan als onplezierig ervaren, hetgeen een reden kan zijn het invullen en versturen na te laten.

Aan de andere kant is het invullen van onze vragenlijst veel eenvoudiger wanneer niet wordt samengewerkt. Dat verhoogt de kans dat zo'n respondent de vragenlijst terugstuurt.

In de aanbiedingsbrief is geprobeerd op deze problematiek in te spelen. Zo werd de huisarts gevraagd juist de vragenlijst te retourneren als niet werd samengewerkt.

Voor de huisartsen die in 1978 gevestigd waren, bestond de mogelijkheid enkele gegevens van de respondenten en de niet-respondenten met elkaar te vergelijken. We beschikten immers over het gegevensbestand, dat gebruikt is voor de analyses van het rapport 'Praktijkvorm en Productiecijfers' (Wijkkel, 1983).

Na het trekken van de steekproef werd een bestand geselecteerd, waarin de gegevens van de steekproef-artsen waren opgenomen. Wanneer een enquête werd geretourneerd, werd voor de betreffende arts in het bestand een code toegevoegd. Op die manier kan de totale groep artsen die aan de enquête hebben meegewerkt op een aantal punten worden vergeleken met de totale groep artsen die niet hebben gereageerd.

Tabel 4.2. laat de gemiddelden van enige belangrijke variabelen zien voor de twee groepen.

Tabel 4.2. Gemiddelden per groep (1978)

	Respon- denten n = 484	Niet respondenten n = 256	Gemiddelde alle Ned.praktijken [*] n = 4200
Afstand in km's tot ziekenhuis	6.4	3.8	5.4
Aantal specialisten per 1000 inwoners	.38	.38	.38
Jaar van vestiging	1965	1963	1965
Regio Zuid	18.0%	20.4%	19.4%
Platteland	12.6%	8.8%	12.0%
Verstedelijkt platteland	23.1%	14.2%	20.0%
Forensengemeente	12.6%	10.7%	13.5%
Grote stad	24.6%	40.5%	28.5%
Associaties	23.0%	15.0%	21.4% ^{**}

* Bron: Samenwerken en Verwijzen, deel I

** In dit geval gaat het niet om praktijken, maar om artsen.
Bron: NHI, huisartsenregistratie

Duidelijk blijkt dat de groep respondenten op een aantal punten duidelijke verschillen vertoont met de niet-respondenten.

Ten opzichte van het gemiddelde, laten de niet-respondenten zich het makkelijkst beschrijven. Het zijn voor een belangrijk deel huisartsen uit de grote steden (12% meer dan gemiddeld). De afstand tot het ziekenhuis is daardoor lager dan gemiddeld. Ook het aantal geassocieerde artsen is onder de niet-respondenten lager dan gemiddeld. Ze zijn ook relatief vaker in de regio Zuid gevestigd.

De groep respondenten is uiteraard het spiegelbeeld van de niet-respondenten (we hadden de steekproef immers a-select getrokken), zij het dat de verschillen met het gemiddelde minder opvallend zijn. Voor veel variabelen

is het verschil klein, zodat we daar verder geen aandacht aan besteden. Onze respondenten zijn iets verder dan gemiddeld van het ziekenhuis gevestigd, meer op het verstedelijkt platteland en minder in de grote steden. Het percentage zuiderlingen is ook iets ondervertegenwoordigd.

De oververtegenwoordiging van associaties geeft ons aanleiding te vermoeden dat samenwerkende artsen inderdaad meer bereid waren aan de samenwerkingsenquête mee te doen. De oververtegenwoordiging kan ook door de verschillen in urbanisatiegraad veroorzaakt zijn (in de grote steden zijn aanzienlijk minder associaties dan op het verstedelijkt platteland). Welke reden (ofwel de samenwerking, ofwel de grootstedse mentaliteit) deze oververtegenwoordiging heeft gehad, kunnen we niet vaststellen. Dat er in ons materiaal meer associaties voorkomen, betekent wel dat de gegevens van onze enquête niet zonder meer op de gehele huisartsenpopulatie betrokken kunnen worden. Er moet met overrapportering van samenwerking rekening worden gehouden.

In hoeverre de respondenten en de niet-respondenten met betrekking tot de afhankelijke variabele (het verwijscijfer) van elkaar verschillen, kon niet worden nagegaan, omdat van de niet-respondenten immers geen toestemming was verkregen voor het gebruik van het verwijscijfer. Wel beschikbaar was het verwijscijfer van de respondenten, die tevens toestemming gaven voor het gebruik van de produktiecijfers. In 1978 was het gemiddelde cijfer voor die respondenten 455 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden. Het gemiddelde over alle praktijken, met uitzondering van gezondheidscentra en groepspraktijken, was in dat jaar 465. Dit verschil wordt waarschijnlijk (gedeeltelijk) veroorzaakt door de al geconstateerde oververtegenwoordiging van associaties en de grotere afstand tot het ziekenhuis. Een alternatieve verklaring voor het, overigens niet verontrustende, verschil, kan voortkomen uit de terughoudendheid die veel verwijzende artsen kunnen hebben om aan een onderzoek als het onze deel te nemen. Veel verwijzen wordt door velen (ziekenfondsen bijvoorbeeld) negatief gewaardeerd. Op het terrein van het ziekteverzuim is zo'n mechanisme al eens geconstateerd (Dijkstra, 1981). Het is daarom goed mogelijk dat een aantal grote verwijzers deelname aan ons onderzoek heeft geweigerd. Wanneer het verwijscijfer van onze respondenten wordt gecorrigeerd voor een aantal structurele variabelen is het gemiddelde verwijscijfer van onze respondenten niet in belangrijke mate lager dan het landelijk gemiddelde.

5. DE SAMENWERKING

5.1. Inleiding

In de beschrijving van de samenwerkingsgegevens volgen we de volgorde van de vragenlijst. Eerst komt de monodisciplinaire samenwerking aan bod, vervolgens de bi-disciplinaire en tenslotte de multidisciplinaire samenwerking. In tabel 5.1. vinden we het aantal huisartsen dat één of meer activiteiten van samenwerking op deze terreinen heeft.

Tabel 5.1. Aantallen huisartsen die monodisciplinaire, bi-disciplinaire of multi-disciplinaire samenwerking rapporteren.

Gestructureerde samenwerking	1978 n= 356	1983 n= 447
In monodisciplinair verband	279 (78.4%)	396 (88.6%)
In bi-disciplinair verband	253 (71.1%)	397 (88.8%)
In multidisciplinair verband	132 (37.1%)	186 (41.6%)

Wat direct opvalt is de toename van het aantal gerapporteerde overlegvormen. Het sterkst was die toename bij het bi-disciplinair overleg. Had in 1978 29 % van de huisartsen geen enkele vorm van gestructureerd overleg met één andere discipline, in 1983 was dat nog maar 11 %: een toename met 18%. Bij de gestructureerde monodisciplinaire overlegvormen vonden we een toename van 10 %. De toename van de multidisciplinaire overlegvormen was geringer van omvang. Alhoewel we ervan uitgaan dat er wat dit aspect betreft sprake is van enige overrapportering, kunnen we toch stellen dat ook de multidisciplinaire samenwerking een aanzienlijke omvang heeft. Zelfs als we aannemen dat alle artsen die de enquête niet hebben ingevuld, ook niet deelnemen aan de een of andere vorm van multidisciplinair overleg, dan nog is meer dan een kwart van de huisartsen in de totale steekproef bij die samenwerking betrokken (om precies te zijn: in 1983 27.6 % en in 1978 23.2 %). Het werkelijke percentage zal zeer waarschijnlijk boven de 30 % liggen.

Deze gegevens geven uiteraard alleen een globale indruk, in de volgende paragrafen zullen we meer in detail de drie vormen van samenwerking bespreken. Waar mogelijk relateren we de cijfers over 1978 aan de gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken uit datzelfde jaar.

De vergelijking is natuurlijk moeilijk, omdat men zich kan voorstellen, dat in gezondheidscentra bijvoorbeeld de huisartsen het multidisciplinair overleg hebben ingeruild voor het bi-disciplinair overleg.

Wanneer het ene soort overleg wordt bedreven, wordt de kans dat er daarnaast nog ander overleg plaatsvindt, kleiner. In 49% van de gezondheidscentra vond in 1978 bi-disciplinair overleg plaats en in 97% multidisciplinair. Tegen 71% bi- en 36% multidisciplinair bij onze respondenten die *niet* in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werken. We zullen in hoofdstuk 6 het totaalbeeld beschrijven.

5.2. Monodisciplinair overleg

We hebben onze respondenten gevraagd of ze deel uitmaakten van de een of andere vorm van monodisciplinaire samenwerking. De vraag was gedeeltelijk voorgestructureerd. Als de huisarts in een associatie werkt, of deel uitmaakt van een waarneemgroep kon hij volstaan met het zetten van een kruisje. Andere vormen van monodisciplinaire samenwerking moesten omschreven worden.

Dat men als huisarts geassocieerd is, hoeft niet automatisch te betekenen dat inhoudelijk wordt samengewerkt. Des te meer geldt dat voor de waarneemgroep. De antwoord-categorieën die voorgestructureerd waren geven een totaalbeeld van het aantal associaties, bijvoorbeeld ongeacht of er wel overleg plaatsvindt.

De samenwerkingsvormen die onder 'overige' zijn gerangschikt, geven geen uitputtende beschrijving; ze zijn alleen ingevuld als er sprake was van een of andere vorm van gestructureerd overleg. Opvallend is dat eigenlijk alleen de associatie-gescheiden praktijk in 1983 verhoudingsgewijs is afgenomen ten opzichte van 1978 (tabel 5.2). Wij vinden het een opvallend verschijnsel dat huisartsen met collega's samenwerkingsrelaties aangaan buiten de formele organisatievormen, zoals associaties, waarneemgroep, PHV-groep en dergelijke om. Zeven procent van de respondenten had een dergelijke relatie, waarvan twee procent in hetzelfde gebouw waren gehuisvest.

Tabel 5.2. Monodisciplinaire samenwerkingsvormen van huisartsen in 1978 en 1983.

	1978	1983
1. Associaties	81* (23%)	130 (29%)
- onder één dak	61 (17%)	111 (25%)
- gescheiden praktijk	21 (6%)	19 (4%)
2. Waarneemgroep	247 (69%)	356 (80%)
3. Overig	62 (17%)	119 (27%)
- collega, geen associë	10 (3%)	22 (5%)
- collega, in één gebouw (geen associë)	6 (2%)	10 (2%)
- assistent	5 (2%)	12 (3%)
- avond-weekend waarneming	6 (2%)	7 (2%)
- waarneming spoedgevallen	8 (2%)	12 (3%)
- PHV groep	11 (3%)	20 (4%)
- LHV groep	1 (0%)	5 (1%)
- NHG groep	7 (2%)	10 (2%)
- rest	8 (2%)	21 (5%)
Geen samenwerking	77 (22%)	51 (11%)
Eén vorm	219 (62%)	286 (64%)
Twee vormen	60 (17%)	108 (24%)
Drie vormen	- -	2 (0%)
	N = 356	N = 447

*Eén huisarts had een associatie, zowel onder één dak, als met gescheiden praktijk.

Onder de restcategorie kwam in 1983 de toetsingsgroep, al of niet georganiseerd door een universitair huisartseninstituut of het NHI, een aantal malen voor. Anno 1983 blijkt nog maar een beperkt aantal huisartsen helemaal solo te werken (11 %); bijna een kwart van onze respondenten neemt zelfs deel aan twee vormen van monodisciplinaire samenwerking.

Aard, frequentie en duur van de monodisciplinaire samenwerking

Alle gegevens over de verschillende samenwerkingsactiviteiten zijn in tabel 5.3. samengevat. De duur van het overleg is weergegeven in het aantal kwartieren per maand. De overlegduur moet ook niet al te exact worden opgevat. We hebben de artsen gevraagd een schatting te maken van het aantal kwartieren dat men gemiddeld aan een bepaalde activiteit besteedt. Zoiets is alleen exact te bepalen als een onderzoeker met een stopwatch de hulpverlener volgt, zoals bijvoorbeeld Boots heeft gedaan (Boots, 1983). Moeilijk wordt het wanneer in een bepaalde vergadering verschillende activiteiten op de agenda staan.

Wij hebben daarom de artsen gevraagd waar mogelijk zo'n overleg in tijds-eenheden uiteen te leggen, en waar dat niet mogelijk was de frequentie en duur te noteren bij de activiteit die de meeste tijd in beslag naam. Wij moeten aannemen dat het invullen van de tijdsduur wel eens fout gegaan zal zijn. Omdat deze gegevens voornamelijk verzameld werden om huisartsen te classificeren in globale categorieën, is een zekere onnauwkeurigheid geen overwegend probleem. Voor elke activiteit is de gemiddelde duur aangegeven van het overleg voor de huisartsen die de activiteit ook daadwerkelijk rapporteerden. Dit cijfer is dus op de volgende manier tot stand gekomen: eerst werd per huisarts de duur van het overleg per maand berekend (elke dag één kwartier overleg betekent per maand 22 werkdagen maal één kwartier is gelijk aan 22 kwartier). Alleen voor de artsen waarvoor het betreffende overleg van toepassing was, werd daarna het gemiddelde maandcijfer berekend. Wil men de verschillende activiteiten bij elkaar optellen, dan kunnen deze cijfers niet zonder meer gebruikt worden, omdat het aantal artsen niet constant is. Men zou het gemiddelde dan eerst moeten omrekenen naar de totale respondentengroep. Het gemiddelde dat zo verkregen wordt is echter een vreemdsoortige maat, vooral wanneer het aantal nullen groot is. In dit hoofdstuk hanteren we daarom uitsluitend het gewone gemiddelde (met weglating van de nullen). In tabel 5.4. worden de gegevens gemiddeld over de totale respondentenpopulatie besproken. In tabel 5.3. zijn de verschillende activiteiten uitgesplitst voor drie samenwerkings-situaties. De overlegfrequentie en -duur in associatief verband binnen de waarneemgroep en in de overige verbanden (zie tabel 5.2.) zijn afzonderlijk weergegeven. Deze groepen overlappen elkaar voor een belangrijk deel. Een geassocieerde huisarts kan bijvoorbeeld patiëntenoverleg hebben met de associé en met andere huisartsen binnen de waarneemgroep.

In de tabel zijn gegevens over het jaar 1978 en 1983 opgenomen. Wij beperken ons bij de bespreking voornamelijk tot de gegevens over 1983.

Patiëntenoverleg

Wanneer een geassocieerde huisarts patiëntenoverleg voert met zijn associé gebeurt dat in de regel dagelijks of tenminste wekelijks. Mede door deze hoge frequentie komt de overlegduur per maand in 1983 gemiddeld op

33 kwartieren oftewel 8 uur en één kwartier. Slechts in 20 % van de associaties vond geen gestructureerd patiëntenoverleg plaats. De frequentie van het patiëntenoverleg met huisartsen in de waarneemgroep was duidelijk lager dan in associatief verband. Het overleg vindt veelal maandelijks plaats, hoewel ook regelmatig wekelijks of tweewekelijks over patiënten wordt overlegd. Gemiddeld wordt per maand negen kwartier, oftewel twee uur en één kwartier, aan het patiëntenoverleg besteed. In 37 % van de waarneemgroepen wordt geen gestructureerd patiëntenoverleg gehouden.

Wanneer huisartsen patiëntenoverleg met andere huisartsen buiten associaties en waarneemgroepen hebben (in 38 gevallen) wordt daaraan gemiddeld zo'n zestien kwartier, oftewel vier uur per maand, besteed. De frequentie is vooral dagelijks, wekelijks of maandelijks.

Organisatorisch overleg

Zoals wel voor de hand ligt, komt binnen waarneemgroepen het organisatorisch overleg vrij veel voor (+ 81 % in 1983). Dat overleg wordt veelal maandelijks gehouden, maar in veel gevallen ook per kwartaal. Binnen associaties komt in 56 % van de gevallen organisatorisch overleg voor; dat gebeurt meestal per week of per maand. Wanneer organisatorisch overleg in ander verband gerapporteerd wordt (in 24 gevallen) is de frequentie veelal per kwartaal.

In 1983 werd in de associaties en waarneemgroepen gemiddeld 11 respectievelijk 15 kwartier organisatorisch overlegd. In ander verband was dat 6 kwartier.

Gestructureerd informeel overleg wordt in verhouding weinig in associaties en waarnemingsgroepen gedaan. Bij de categorie 'overige' treffen we een aantal jaarlijkse bijeenkomsten aan van huisartsen, die in een regio een dag bij elkaar komen om inhoudelijk over het huisartsenvak te praten, maar vooral om de sociale banden aan te halen.

Ongeveer 30 % van de artsen, zowel in associaties als in waarneemgroepen, voert overleg over het functioneren. In associaties gebeurt dat vooral wekelijks, in waarneemgroepen vooral maandelijks. Deze activiteit neemt dan acht respectievelijk drie kwartier in beslag.

Tabel 5.3. Aard, frequentie en duur van de monodisciplinaire samenwerking in 1978 en 1983

PATIËNTENOVERLEG	Met associë 1978		Binnen waarnemingsgroep 1978		In ander verband 1978		Binnen waarnemingsgroep 1983		Met associë 1983		OVERLEG OVER FUNCTIONEREN	Binnen waarnemingsgroep 1978		Binnen waarnemingsgroep 1983		In ander verband 1983	
	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.		Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.
Per dag	32	64	-	5	8	3	-	3	3	3	Per dag	-	-	-	-	-	-
2 à 3 x per week	7	15	2	-	3	2	2	2	2	2	2 à 3 x per week	-	-	-	-	-	1
1 x per week	9	21	49	6	9	16	10	16	10	16	1 x per week	8	13	4	4	1	2
1 x per 14 dagen	4	1	12	3	4	30	3	30	3	30	1 x per 14 dagen	3	4	1	1	1	2
1 x per maand	1	2	58	4	11	93	4	93	4	93	1 x per maand	25	48	3	3	3	4
1 x per 2 maanden	1	-	9	1	2	10	1	10	1	10	1 x per 2 maanden	9	13	1	1	1	1
1 x per kwartaal	1	1	10	1	1	10	1	10	1	10	1 x per kwartaal**	13(4)	21(4)	-	-	-	2
Geen patiëntenoverleg	27 (33)	26 (20)	107 (43)	43 (69)	81 (68)	131 (37)	43 (69)	81 (68)	43 (69)	131 (37)	Geen overl. over function.	189 (77)	247 (69)	56 (68)	90 (69)	57 (92)	105 (88)
Gem. aantal kwartieren per maand*	30 (5)	33 (8)	7 (3)	19 (1)	16 (1)	9 (4)	16 (1)	9 (4)	16 (1)	9 (4)	Gem. aantal kwartieren per maand*	3 (0)	3 (1)	8 (1)	8 (1)	8 (0)	7 (0)
n =	81	130	247	62	119	356	62	119	356	62	n =	247	356	81	130	62	119
ORGANISATORISCH OVERLEG																	
Per dag	5	8	-	-	-	-	-	-	-	-	NA- EN BIJSCHOLING	-	-	-	-	-	-
2 à 3 x per week	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	Per dag	5	8	5	8	2	1
1 x per week	17	27	20	2	5	32	2	32	2	32	2 à 3 x per week	2	2	2	2	4	7
1 x per 14 dagen	6	9	11	2	1	20	1	20	1	20	1 x per week	7	15	3	12	15	7
1 x per maand	7	16	69	2	4	135	2	135	2	135	1 x per 14 dagen	7	7	1	1	3	3
1 x per 2 maanden	2	-	17	1	2	28	1	28	1	28	1 x per maand	26	61	7	26	61	19
1 x per kwartaal**	3 (1)	6 (1)	65 (15)	7 (1)	10 (1)	73 (13)	7 (1)	73 (13)	7 (1)	73 (13)	1 x per 2 maanden	8	17	2	8	17	2
Geen organis. overleg	42 (51)	57 (44)	65 (26)	52 (84)	95 (80)	67 (19)	52 (84)	95 (80)	67 (19)	52 (84)	Geén na- en bijscholing	193 (78)	238 (67)	68 (83)	97 (75)	38 (61)	80 (67)
Gem. aantal kwartieren per maand*	12 (1)	11 (2)	4 (2)	3 (0)	6 (0)	5 (3)	3 (0)	6 (0)	5 (3)	3 (0)	Gem. aantal kwartieren per maand*	6 (1)	6 (2)	11 (0)	15 (1)	8 (1)	10 (1)
n =	81	130	247	62	119	356	62	119	356	62	n =	247	356	81	130	62	119
INFORMEEL OVERLEG																	
Per dag	5	5	-	-	1	1	-	1	1	1	ONDERLINGE TOETSING	-	-	-	-	-	-
2 à 3 x per week	-	2	1	2	4	13	2	13	2	13	Per dag	3	2	3	2	2	-
1 x per week	4	8	5	2	5	4	2	4	2	4	2 à 3 x per week	4	9	2	9	1	2
1 x per 14 dagen	-	-	22	9	13	42	5	42	5	42	1 x per week	16	18	3	18	3	13
1 x per maand	4	3	4	5	10	10	4	10	5	10	1 x per 14 dagen	1	6	1	6	1	1
1 x per 2 maanden	3	4	18(5)	4(2)	9 (2)	20 (4)	4(2)	20 (4)	9 (2)	20 (4)	1 x per maand	1	3(1)	1	3(1)	1	1
1 x per kwartaal**	66 (80)	106 (82)	189 (77)	40 (65)	77 (65)	265 (74)	40 (65)	77 (65)	40 (65)	265 (74)	1 x per 2 maanden	223 (90)	217 (89)	74 (90)	217 (89)	57 (92)	101 (85)
Geen informeel overleg	14 (1)	12 (1)	5 (1)	5 (0)	7 (1)	5 (1)	5 (0)	7 (1)	5 (0)	7 (1)	Geen onderl. toetsing	4 (0)	5 (0)	11 (0)	7 (0)	15 (0)	11 (0)
Gem. aantal kwartieren per maand*	81	130	247	62	119	356	62	119	356	62	Gem. aantal kwartieren per maand**	247	356	81	130	62	119
n =	81	130	247	62	119	356	62	119	356	62	n =	247	356	81	130	62	119

* Gemiddelde berekend over de gevallen waar het overleg voorkomt; tussen haakjes is het algehele gemiddelde vermeld.

**Tussen haakjes: minder dan eens per kwartaal

Aan monodisciplinaire na- en bijscholing (bijvoorbeeld aan de hand van casusbesprekingen) wordt door onze respondenten in 1983 tamelijk veel tijd besteed, als ze het doen. In associatief verband (25 % van de associaties) gebeurt dat vooral wekelijks, maar ook wel dagelijks of maandelijks; gemiddeld vijftien kwartier, oftewel $3\frac{3}{4}$ uur, per maand. 33 % van de waarneemgroepen heeft veelal een maandelijkse bijeenkomst. Die bijeenkomsten duren gemiddeld zes kwartier ($1\frac{1}{2}$ uur). Ook in ander verband (in 39 gevallen) wordt aan maandelijkse bijscholing gedaan.

Aan onderlinge toetsing wordt nog weinig gedaan in monodisciplinair verband. De geassocieerde huisartsen doen slechts in 7 % van de gevallen aan onderlinge toetsing. Door de dagelijkse contacten in associaties is die activiteit mogelijk te bedreigend. Het is veiliger om je fouten op medisch gebied te bespreken binnen een groep huisartsen die men in het dagelijks leven niet regelmatig ziet. Vandaar wellicht dat de onderlinge toetsing tamelijk frequent bij de categorie 'overige' voorkomt (18 gevallen).

Niet in tabel 5.3. opgenomen, maar voor de totale samenwerkingstijd wel van belang, is de rest-categorie. De huisartsen hadden de mogelijkheid om de samenwerkingsactiviteiten die niet in de aangeboden categorieën konden worden ondergebracht bij een aparte vraag te beantwoorden.

De diverse activiteiten namen voor alle huisartsen samen in 1978 2 à 3 kwartieren in beslag en in 1983 3 à 4 kwartieren.

Monodisciplinair overleg door solo- en duo-artsen

Als we de drie organisatievormen waarin het overleg kan vóórkomen samen nemen, dan kunnen we de verschillende overlegvormen beter vergelijken. In tabel 5.4. zijn voor zowel solo- als duo-artsen de gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven. Bovendien is het percentage huisartsen vermeld dat die gestructureerde overlegvorm niet vermeldde. De gemiddelden en standaarddeviaties zijn hier berekend over alle solo- respectievelijk duo-artsen, dat heeft het voordeel dat de verschillende overlegvormen zonder meer opgeteld kunnen worden.

Wanneer we de huisartsen die in associaties werken en solo-artsen met elkaar vergelijken, dan valt direct op dat de verschillen aanzienlijk zijn. Toetsing van de verschillen door middel van variantie-analyse levert, met uitzondering van het overleg waarbij de onderlinge toetsing centraal staat, significante F-waarden op ($p < .05$).

Het patiëntenoverleg in associaties blijkt in verhouding duidelijk het sterkst af te wijken; liefst vijf à zes keer zo omvangrijk als in solo-praktijken. Vergeleken met de gezondheidscentra en groepspraktijken is het monodisciplinaire overleg in associaties zeer omvangrijk. Van der Zee vond in 1978 voor gezondheidscentra en groepspraktijken wat de 'inhoudelijke samenwerking'* betreft gemiddelden van 6.4 respectievelijk 5.9 uur per maand. Deze gemiddelden zijn alleen berekend over de centra en groepspraktijken die dat overleg hadden. Vergelijken wij deze cijfers met het 'patiëntenoverleg' van associaties en solopraktijken in 1978, dan vinden wij gemiddeld 8.5 respectievelijk 2.3 uur per maand.** Wanneer we de artsen meerekenen die geen patiëntenoverleg hadden (tabel 5.4.) dan vinden we zes respectievelijk één uur per maand.

Aan organisatorisch overleg werd in gezondheidscentra en groepspraktijken 3.5 respectievelijk 3.75 uur per maand besteed. De vergelijkbare cijfers voor associaties en solopraktijken waren in 1978 2.8 en 1.1 uur. Het lijkt er dus op dat de associaties qua monodisciplinair patiëntenoverleg intensiever overleggen dan gezondheidscentra.

We willen er hier op wijzen dat de categorieën zoals gebruikt in het onderzoek naar de overlegduur in gezondheidscentra en groepspraktijken niet precies overeenkomen met onze indeling. Het best kan de totale monodisciplinaire overlegduur besproken worden in relatie met de bi- en multidisciplinaire overlegvormen. Die vergelijking komt in hoofdstuk 6 aan de orde.

Samenvattend kunnen we stellen dat bij het monodisciplinair overleg het patiëntenoverleg de belangrijkste overlegvorm is. In associatief verband is de frequentie en totale duur van de verschillende overlegvormen aanzienlijk groter dan in ander verband. Associaties verschillen op vrijwel alle punten van solo-artsen. Zelfs besteden ze meer tijd aan monodisciplinair patiëntenoverleg dan huisartsen in gezondheidscentra.

*Onder inhoudelijke samenwerking wordt patiëntenoverleg en overleg over het hulpverleningsbeleid van gezondheidscentrum of groepspraktijk verstaan.

**Dit zijn andere cijfers als in tabel 5.4. zijn vermeld, waar de gemiddelden over de totale groep zijn berekend.

Tabel 5.4. Kwartieren samenwerking (totaal) in monodisciplinair verband door artsen in associaties en solo-artzen; gemiddeld over alle duo-artzen en solo-artzen.

		Associaties			Solo-artzen		
		Gemid- delde	Standaard deviatie	Geen overleg	Gemid- delde	Standaard- deviatie	Geen overleg
Patiëntenoverleg	1978	24	27	31%	4	8	55%
	1983	32	27	15%	6	9	43%
Organisatorisch overleg	1978	7	10	35%	2	3	47%
	1983	9	10	24%	4	5	31%
Informeel overleg	1978	4	11	70%	1	3	80%
	1983	4	11	73%	2	6	70%
Overleg over functioneren	1978	3	7	63%	1	2	83%
	1983	3	7	63%	1	3	74%
Onderlinge na- en bijscholing	1978	4	7	70%	1	4	80%
	1983	7	13	56%	2	5	67%
Onderlinge toetsing	1978	2	6	86%	0	2	91%
	1983	1	5	85%	1	3	87%
Overige	1978	6	15	67%	1	5	86%
	1983	5	13	40%	3	8	72%
Totaal monodis- ciplinair over- legtijd	1978	49	n = 81		11	n = 275	
	1983	60	n = 130		19	n = 317	

Monodisciplinaire consultatie

Als afsluitende vraag van het monodisciplinaire gedeelte van de enquête vroegen we de huisarts of hij/zij wel eens collega-huisartsen raadpleegt buiten vastgesteld overleg om over diagnostiek of behandeling van patiënten. De percentages van de verkregen antwoorden op de vraag naar monodisciplinaire consultatie zijn weergegeven in tabel 5.5. We zien dat geassocieerde huisartsen veel frequenter gebruik maken van de mogelijkheid tot consultatie dan andere huisartsen. Als we aannemen dat de huisartsen die deze vraag niet hebben beantwoord nooit een collega consulteren, dan was het percentage huisartsen dat nooit tot zelden een collega consulteerde in 1978 50 % en in 1983 45 %. Het lijkt er dus op dat de onderlinge consultatie in toenemende mate plaatsvindt.

Tabel 5.5. Monodisciplinaire consultatie (percentages).

Frequentie	Duopraktijken: Consultatie van de associé		Solopraktijken: Consultatie van collega's	
	1978	1983	1978	1983
Zelden of nooit	9	9	38	31
Soms, hooguit eens per maand	12	8	31	33
Regelmatig; gem. eens per maand tot eens per week	23	27	19	26
Zeer regelmatig, gemiddeld meer dan eens per week	44	51	2	3
Niet ingevuld	11	4	10	7
n =	81	130	275	317

5.3. Bi-disciplinaire samenwerking

In de vragenlijst namen we een vijftal eerstelijnsdisciplines op, waarvoor expliciet naar de aard, frequentie en duur van de samenwerking werd gevraagd. Bovendien werd de mogelijkheid geboden nog andere eerstelijnsdisciplines waarmee wordt samengewerkt te vermelden. Van deze laatste mogelijkheid werd maar weinig gebruik gemaakt. In '78 kwam in 4 gevallen overleg met een pastor voor, één keer werd de vroedvrouw genoemd. In 1983 werd de pastor ook vier keer genoemd en de vroedvrouw en de verloskundige ieder één keer.

In deze paragraaf bespreken we de bi-disciplinaire samenwerking met wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, psychologen en apothekers. Voor de aard van het overleg maken we onderscheid tussen patiëntenoverleg, organisatorisch overleg, informeel overleg, overleg over het functioneren en overig overleg.

Na- en bijscholing en onderlinge toetsing lieten we weg, omdat we aannamen dat die activiteiten bi-disciplinair zeer weinig voor zouden komen. Bij de wijkverpleegkundigen werd het consultatiebureau als samenwerkingsactiviteit opgenomen en bij de apotheker in plaats van patiëntenoverleg het medicijnenoverleg.

Tabel 5.6. Samenwerking van huisartsen met één andere discipline; aard, frequentie en duur per discipline

Discipline	Aard van de samenwerking	Meest voorkomende frequentie		Gemiddeld aantal kwartieren per maand		n= 356 1978	n= 447 1983
		1978	1983	1978	1983	n=	n=
Wijkverpleegkundige	.patiëntenoverleg	mnd/wk	maand	6	5	120	199
	.organisatorisch overleg	mnd/wk	maand	3	3	27	52
	.informeel overleg	mnd/wk	mnd/wk	4	4	56	86
	.overleg over functioneren	mnd/kwt	kwartaal	5	2	27	53
	.consultatiebureau	14 dgn	14 dgn	18	19	93	130
	.overig overleg	1*	-----	--	0	3	0
Maatschappelijk werkers	.patiëntenoverleg	maand	maand	5	4	78	142
	.organisatorisch overleg	mnd/kwt	mnd/kwt	2	3	13	23
	.informeel overleg	maand	maand	3	3	31	57
	.overleg over functioneren	maand	kwartaal	3	2	14	20
	.overig overleg	)*	)*	-	-	1	1
Fysiotherapeuten	.patiëntenoverleg	maand	mnd/wk	6	6	90	214
	.organisatorisch overleg	)*	maand	-	5	5	17
	.informeel overleg	week	mnd/wk	5	5	34	69
	.overleg over functioneren	)*	maand	-	3	9	31
	.overig overleg	)*	)*	-	-	1	3
Psycholoog	.patiëntenoverleg	maand	maand	4	5	10	39
	.organisatorisch overleg	)*	)*	-	-	2	4
	.informeel overleg	)*	maand	-	5	3	14
	.overleg over functioneren	)*	)*	-	-	2	3
	.overig overleg	)*	)*	-	-	1	2
Apotheker	.medicijnenoverleg	maand	maand	5	5	91	205
	.organisatorisch overleg	maand	maand	3	3	20	45
	.informeel overleg	maand	maand	7	5	36	75
	.overleg over functioneren	maand	maand	2	3	12	27
	.overig overleg	---	)*	0	-	0	3
Totaal (incl. overig)				10	11	200	345
	.patiëntenoverleg			10	11	200	345
	.org. overleg			4	4	50	103
	.informeel overleg			8	7	98	172
	.overleg over funct.			4	3	53	102
	.overig overleg			)*	)*	7	8

)* = Slechts gering aantal (n < 10)

De gegevens zijn te vinden in tabel 5.6. We hebben uit deze tabel de verdeling van de frequentie van het overleg weggelaten, en daarvoor de meest voorkomende categorie (soms categorieën) opgenomen.

We zien in de tabel, dat het gestructureerde overleg met de psycholoog het minst voorkomt. Patiëntenoverleg met de fysiotherapeut komt het meest voor. Opvallend is ook hier weer de enorme toename van het samenwerkingsoverleg van 1978 op 1983. Bij fysiotherapeuten bijvoorbeeld van 25 tot 48% patiëntenoverleg. Alleen bij de samenwerking met de wijkverpleegkundigen was het niveau in 1978 al redelijk hoog.

We beperken ons in de bespreking van het bi-disciplinaire overleg ook weer voornamelijk tot het jaar 1983. Bij de vergelijking met gezondheidscentra en groepspraktijken bespreken we uiteraard gegevens over 1978.

Samenwerking met wijkverpleegkundigen

De huisartsen die samenwerkingsoverleg hebben met wijkverpleegkundigen doen dat regelmatig. Weliswaar vindt het overleg in veel gevallen maandelijks plaats, maar ook wordt veel wekelijks en tweewekelijks gestructureerd overlegd. Het overleg over functioneren vindt vaak per kwartaal plaats. Een consultatiebureau wordt door 29% van de artsen in samenwerking met wijkverpleegkundigen gedaan. De frequentie is meestal tweewekelijks. Dat consultatiebureau neemt ook de meeste tijd in beslag: $4\frac{1}{2}$ à $4\frac{3}{4}$ uur per maand voor de artsen die een bureau doen. In berekeningen van de totale bi-disciplinaire overlegtijd is het overleg in het kader van het consultatiebureau vanwege het specifieke karakter weggelaten.

Voor wat betreft het patiëntenoverleg kunnen we de gegevens voor 1978 vergelijken met inhoudelijk bi-disciplinair overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Onze respondenten besteedden $1\frac{1}{2}$ uur per maand aan deze activiteit (als ze het doen). Gezondheidscentra 3,5 uur (22 van de 71 gezondheidscentra waarvan we gegevens hebben). De groepspraktijken rapporteerden 2 uur (21 van de 50 praktijken).

De gezondheidscentra lijken dus meer inhoudelijk bi-disciplinair overleg met wijkverpleegkundigen te hebben; de verschillen worden echter kleiner als bijvoorbeeld het consultatiebureau of andere vormen van overleg als inhoudelijk overleg geteld worden.

Overleg met maatschappelijk werkers

Het overleg met maatschappelijk werkers bestaat voornamelijk uit patiëntenoverleg en in mindere mate uit informeel overleg. Het overleg vindt meestal maandelijks plaats. Organisatorisch overleg en overleg over functioneren vindt veelal ook per drie maanden plaats. Het patiëntenoverleg neemt per maand omstreeks 1 uur in beslag.

Vond in 1978 bij 22% van de huisartsen in onze steekproef bi-disciplinair patiëntenoverleg plaats met maatschappelijk werkers, in gezondheidscentra bij minder dan 6% en groepspraktijken 36%.

De tijdsbesteding was 1,8 uur (in vier gezondheidscentra).

Voor 18 groepspraktijken berekenden we 2,7 uur inhoudelijke samenwerking met maatschappelijk werkers. Groepspraktijken overleggen dus langer met maatschappelijk werkers dan solo- en duo artsen. Gezondheidscentra hebben naast het multidisciplinair overleg waaraan het maatschappelijk werk deelneemt, blijkbaar maar sporadisch bi-disciplinair overleg tussen huisartsen en maatschappelijk werkers.

Overleg met fysiotherapeuten

Patiëntenoverleg van huisartsen met fysiotherapeuten komt in 1983 bij bijna de helft van de huisartsen voor. Gemiddeld besteden de huisartsen zo'n zes kwartier ($1\frac{1}{2}$ uur) per maand aan dat overleg. Ook informeel overleg wordt met enige regelmaat gerapporteerd. Het overleg vindt maandelijks of wekelijks plaats. In 1978 vinden we eveneens $1\frac{1}{2}$ uur patiëntenoverleg voor 89 huisartsen. De gezondheidscentra gaven 2.7 uur (18 centra) per maand op. Groepspraktijken geven aan inhoudelijk overleg met fysiotherapeuten 1.2 uren (11 praktijken) op.

Wat de inhoudelijke samenwerking met fysiotherapeuten betreft, zijn de groepspraktijken vergelijkbaar met onze respondenten.

Overleg met psycholoog

Geregeld overleg met een psycholoog komt maar weinig voor: in 1983 had 8% (39) van onze respondenten gestructureerd overleg met een psycholoog in de eerstelijnsgezondheidszorg

Dat overleg duurde gemiddeld vijf kwartier per maand. Ook in gezondheidscentra en groepspraktijken kwam in 1978 geregeld overleg met een psycholoog maar in twee gevallen voor. De gemiddelden voor het overleg met de psycholoog als het plaatsvindt, waren in 1978: 1 uur voor de artsen in onze steekproef; 2 uur voor de artsen in gezondheidscentra; 2½ uur voor de groepspraktijken per maand. Gezien de geringe aantallen is het vergelijken verder zinloos.

Overleg met de apotheker

Ook het geregelde medicijnenoverleg met de apothekers blijkt aanzienlijk toe te nemen: 26% van de huisartsen in 1978 en 46% van de huisartsen in 1983 voerden dat overleg met de apotheker. In het materiaal over gezondheidscentra is dit overleg jammer genoeg door ons in de rest-categorie opgenomen, waardoor de vergelijking niet goed mogelijk is. Uit de gegevens die Van der Zee presenteerde (Van der Zee, 1979) valt op te maken dat de apotheker regelmatig deelneemt aan overlegsituaties. Het overleg met de apotheker vindt meestal maandelijks plaats en duurt dan gemiddeld 1 uur en een kwartier.

Bi-disciplinair overleg getotaliseerd

Wanneer we per huisarts de verschillende bi-disciplinaire overlegsituaties totaliseren blijkt, dat in 1978 44% van onze respondenten geen enkele vorm van gestructureerd patiëntenoverleg had met andere eerstelijns-disciplines, in 1983 is dat geslonken tot 23%.

Aan tijdsbesteding betekende het bi-disciplinaire patiëntenoverleg gemiddeld over alle respondenten 1½ uur per maand in 1978 en 2¼ uur in 1983. Aan de andere 4 bi-disciplinaire overlegvormen was men in 1978 globaal 1 uur en in 1983 1¼ uur kwijt.

In tabel 5.7. zijn de verschillende bi-disciplinaire overlegvormen getotaliseerd uitgesplitst voor associaties en solopraktijken.

Er is tussen associaties en solopraktijken voor een aantal overlegvormen nauwelijks of geen verschil te constateren. Alleen bij het patiëntenoverleg verschillen de praktijkvormen significant van elkaar. Dat verschil is in 1983 overigens duidelijk kleiner dan in 1978.

Ook vermeld is het percentage solo- of duoartsen dat met één of meer hulpverleners het bewuste overleg deed. We zien dan het grootste verschil tussen solo- en duoartsen bij het patiëntenoverleg in 1978 zit. Het verschil is in 1983 kleiner geworden.

De vergelijking met gezondheidscentra is hier problematisch, omdat de mate waarin bi-disciplinair overleg mogelijk en voor de hand liggend is, sterk afhankelijk is van de complexiteit van het centrum. De centra met drie disciplines telden slechts sporadisch extra bi-disciplinair overleg tussen de leden van het kernteam; (uiteeraard) geen overleg met extra disciplines binnen het centrum, maar wel weer met hulpverleners buiten het centrum (Van der Zee, 1979, p. 45).

Deze relatie tussen omvang van het multidisciplinaire en het bi-disciplinaire overleg speelt natuurlijk ook een rol bij de solo- en duoartsen in onze steekproef die deel uitmaken van een home-team-achtige vorm van samenwerking, zij het in mindere mate.

Tabel 5.7. Kwartieren bi-disciplinaire samenwerking (totaal) door huisartsen in associaties en solo-artsen.

	ASSOCIATIES			SOLO-ARTSEN		
	Gemidd.	St.dev.	% deelname aan overleg	Gemidd.	St.dev.	% deelname aan overleg
Patiënten- overleg 1978 1983	9 11	13 11	63% 85%	5 8	7 9	50% 79%
Organisat. overleg 1978 1983	1 1	2 3	19% 32%	1 1	2 3	14% 22%
Informeel overleg 1978 1983	2 3	7 7	27% 41%	2 3	5 5	30% 42%
Overl. over funtioneren 1978 '83	1 1	2 2	15% 31%	1 1	3 2	16% 25%
Overig overleg 1978 1983	- 2	- 21	- 2%	0 0	6 1	3% 2%
TOTAAL Bi-discipl. 1978 overl. tijd 1983	12 18	n= 81 n=130		8 13	n=275 n=317	

Gemiddeld werd voor de gezondheidscentra 2.22 uur per maand (alle centra) totaal aan bi-disciplinair overleg genoteerd.

Het totaalcijfer voor groepspraktijken is 2.63 uur per maand.

Deze totaalgegevens zijn van dezelfde orde van grootte als bij solo- en duopraktijken. De solopraktijken komen gemiddeld op 2 uur en de associaties op 3 uren per maand uit.

5.4. Multidisciplinaire samenwerking

We zagen bij de inleiding van dit hoofdstuk dat in 1978 37 procent van de respondenten deelnam aan multidisciplinair overleg. In 1983 was dat percentage 41.6%.

De diversiteit in samenstelling van de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden is aanzienlijk. Men leze bijvoorbeeld de publicaties uit de registratie samenwerkingsverbanden van het NHI (Boerma, 1983 o.a.), waarin een indrukwekkende lijst van verschillende disciplines wordt afgedrukt die deel uitmaken van het gezondheidscentrum. Voor gezondheidscentra is echter altijd één vast punt, namelijk het gegeven dat er tenminste drie kerndisciplines in samenwerken. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers vormen het zogenaamde kernteam. Ook voor de multidisciplinaire samenwerking buiten gezondheidscentra (en groepspraktijken) geldt, dat tenminste drie disciplines samenwerken (per definitie), maar dat is niet in alle gevallen het 'kernteam'. Van de 132 samenwerkingsverbanden in 1978 bestonden er 113 (86%) uit tenminste huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker. In 1983 bestonden 164 (88%) van de 186 multidisciplinaire samenwerkingsverbanden uit dat 'kernteam'.

Deze verbanden zou men 'home-team' kunnen noemen. Deze naam werd niet door alle huisartsen aan het verband gegeven. Soms werd ontkend, dat men deel uitmaakt van een home-team, terwijl wel degelijk met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers wordt samengewerkt. We hebben niet gevraagd welke naam men dan wel aan zo'n team wilde verbinden, maar mogelijk is er dan sprake van 'functionarissen-overleg' of 'sociaal café'. Naast de drie kerndisciplines (of soms in plaats van de wijkverpleegkundige of maatschappelijk werker) zijn nog een groot aantal andere hulpverleners in een multidisciplinair team vertegenwoordigd.

Tabel 5.8. geeft inzicht in de grootte van de teams. Een team waarin vier verschillende disciplines zijn vertegenwoordigd komt het meest voor. Ongeveer één derde van de multidisciplinaire verbanden bestaat uit drie disciplines. In 1983 blijken de teams vaker uit vijf disciplines te bestaan (kernteam plus twee extra disciplines). De samenstelling van de teams is zeer gevarieerd. Het zou te ver voeren die hier allemaal weer te geven.

Tabel 5.8. Aantal verschillende disciplines in het multidisciplinaire team (inclusief huisartsen)

Aantal disciplines	1978		1983	
	Abs.	%	Abs.	%
Drie disciplines	47	35.6	62	33.3
Vier disciplines	53	40.2	73	39.2
Vijf disciplines	22	16.7	38	20.4
Zes disciplines	9	6.8	13	7.0
Zeven disciplines	1	0.8	-	-
	132	100	186	100

In tabel 5.9 (zie volgende pagina) kan men voor elke discipline zien hoe vaak die hulpverleners in een multidisciplinair verband aanwezig zijn. Van een aantal disciplines is ook gevraagd hoeveel hulpverleners deelnemen. In de tabel vindt men het gemiddelde aantal hulpverleners per discipline. Voor de huisartsendiscipline geldt, dat er een vrij grote spreiding in het aantal deelnemende artsen is.

De teams met 1 tot en met 6 huisartsen komen alle in aanzienlijke mate voor. Teams met zeven of meer huisartsen komen minder frequent voor.

Tabel 5.9.: Voórkomen van disciplines in home-teams en andere multidisciplinaire teams.

Discipline	1978		1983	
	Aantal teams (%)	Gemiddeld* aantal hulpverl.	Aantal teams (%)	Gemiddeld aantal hulpverl.
Huisartsen	132 (100)	3.8	186 (100)	3.4
Wijkverpleegkundigen	123 (93.2)	3.0	174 (93.5)	2.9
Maatschappelijk werkers	115 (87.1)	2.2	170 (91.4)	2.0
Fysiotherapeuten	44 (33.3)	2.7	64 (34.4)	2.6
Apothekers	22 (16.7)	1.3	24 (12.9)	1.5
Psychologen	14 (10.6)	1.1	29 (15.6)	1.1
Gezins/bejaardenverzorger	29 (22.0)		55 (29.6)	
Pastor	30 (22.7)		35 (18.8)	
Medewerker MOB	2 (1.5)		2 (1.1)	
Medewerker SPD	1 (0.8)		2 (1.1)	
Soc. psychiatrisch verpleegkundige	3 (2.3)		2 (1.1)	
Verloskundige	4 (3.0)		8 (4.1)	
Medewerker SOSEL	2 (1.5)		1 (0.5)	
Agoog/androgoog	1 (0.8)		2 (1.1)	
Stagiaire	2 (1.5)		3 (1.6)	
	N = 132		N = 186	

*berekend voor de teams waaraan die discipline deelneemt.

Ook voor wijkverpleegkundigen geldt een vrij grote spreiding, maar twee wijkverpleegkundigen per team komt toch het meeste voor. Fysiotherapeuten zijn minder vaak in de teams vertegenwoordigd en dan meestal met één therapeut, al komen er ook teams met veel fysiotherapeuten voor. Het maatschappelijk werk is in vrijwel alle teams vertegenwoordigd met één of twee medewerkers. Apothekers en psychologen worden maar weinig als teamlid opgegeven. Medewerkers gezins- en bejaardenzorg en pastors maken nog vaker deel uit van een team. De andere disciplines die genoemd worden komen maar in enkele gevallen voor.

Aard, frequentie en duur van het multidisciplinair overleg

We hebben de huisartsen naar vijf verschillende vormen van overleg gevraagd. Het patiëntenoverleg komt het meest frequent voor: in 69% van de teams wordt over patiënten overlegd (zie tabel 5.10). Opvallend is dat het patiëntenoverleg vooral maandelijks plaatsvindt (meer dan 50% van de gevallen). Datzelfde geldt overigens ook voor de andere vormen van overleg. In één geval wordt het organisatorisch overleg vaker dan eens per week gehouden.

Tabel 5.10 Aard, frequentie en gemiddelde duur van het multidisciplinair overleg.

Frequentie	Patiëntenoverleg		Organis. overleg		Informeel overleg		Overleg over functioneren		Onderlinge na- en bij-scholing	
	'78	'83	'78	'83	'78	'83	'78	'83	'78	'83
per dag										
2-3x.p.wk			1	1		1				
wekelijks	12	14	3	4	5	4	2	2	2	2
1x.p.2wkn	14	23	6	10	7	8	6	7	3	2
maandelijks	44	73	21	37	28	38	19	33	13	21
1x.p.2mnd.	9	16	6	7	5	10	4	7	1	5
1x.p.kwrtl	1	3	10	12	3	8	10	16	2	5
1x.p.jaar			3	4	3	3	8	9	3	3
Totaal aantal teams	80 (61%)	129 (69%)	50 (38%)	75 (40%)	51 (39%)	72 (39%)	49 (37%)	74 (38%)	24 (18%)	38 (20%)
kwart.p.mnd	7	7	3	3	5	5	3	3	6	4

Het overleg vindt minder frequent plaats dan als norm wordt gezien (MGZ, 1983, zie hoofdstuk 3). Mede door de meestal maandelijkse frequentie neemt het multidisciplinaire patiëntenoverleg nog geen 2 uur per maand in beslag (1¼ uur). Vergeleken met de tijd, die in gezondheidscentra aan inhoudelijk multidisciplinair overleg wordt besteed (in 1978 5¾ uur) is dat duidelijk minder. De groepspraktijken hadden zo'n drie uur gestructureerd inhoudelijk multidisciplinair overleg (gemiddeld over alle groeps-

praktijken één uur). De fysieke nabijheid van de werkers in gezondheidscentra (en groepspraktijken) maakt het voeren van overleg natuurlijk een stuk makkelijker

Als men de teams verdeelt in teams waarin geassocieerde artsen en die waarin solo-artsen deelnemen, dan blijkt dat door de geassocieerde artsen gemiddeld over alle associaties 1½ uur in multidisciplinair overleg wordt gestoken en door (alle) solo-artsen één uur. Weliswaar is bij de gezondheidscentra en groepspraktijken ook het 'beleidsmatige overleg' bij het inhoudelijk overleg geteld, maar dat kan het verschil tussen de praktijkvormen niet verklaren.

Organisatorisch overleg, informeel overleg en overleg over functioneren komt vrijwel even vaak voor in de teams (in bijna 40% van de gevallen). Dit soort overleg wordt in een aantal gevallen één keer per kwartaal afgehandeld. Behalve, dat in 1983 meer multidisciplinaire samenwerkingsverbanden werden gerapporteerd, zijn ten opzichte van 1978 slechts geringe verschillen te constateren.

Waardering van de multidisciplinaire samenwerking

Aan de huisartsen die in multidisciplinair verband samenwerken werd een aantal voor- en nadelen van die samenwerking voorgelegd. Men kon aangeven in hoeverre men die voor- en nadelen belangrijk vond. In tabel 5.11 zijn de antwoordpercentages weergegeven voor de gehele respondentengroep. De meeste respondenten waren het erover eens, dat vier van de vijf genoemde voordelen inderdaad belangrijk zijn. Betere onderlinge afstemming van de hulpverlening werd het meest als voordeel gezien (91%), gevolgd door 'Beter op de hoogte van elkaars kunnen (88%)', 'Integrale hulpverlening' en 'betere opvang van patiënten met psychosociale problemen' worden door 84% respectievelijk 77% als belangrijkste voordelen van de hulpverlening in multidisciplinair verband gezien.

Tabel 5.11.: Antwoordfrequenties van de vragen over de waardering van de multidisciplinaire samenwerking (percentage tussen haakjes)

5. Wat zijn naar uw mening de belangrijkste voor- en nadelen van het samenwerken met meerdere eerstelijnsdisciplines tegelijk?

Voordelen	Zeer belang- rijk voordeel	Belangrijk voordeel	Onbelangrijk voordeel	Geen voordeel	n=
Integrale hulpverlening	59 (30)	106 (54)	22 (11)	11 (6)	198
Beter op de hoogte van elkaars kunnen	60 (29)	120 (59)	23 (11)	2 (1)	205
Betere onderlinge afstemming van de hulpverlening	71 (35)	114 (56)	15 (7)	5 (2)	205
Betere opvang van patiënten met psychosociale klachten	45 (22)	111 (55)	28 (14)	17 (8)	201
Minder snel verwijzen naar specialisten nodig	10 (5)	54 (27)	68 (35)	65 (33)	197
Overige					

Nadelen	Zeer belang- rijk nadeel	Belangrijk nadeel	Onbelangrijk nadeel	Geen nadeel	n=
Tijdrovend	24 (12)	56 (27)	85 (41)	40 (20)	205
Verminderde bescherming van de privacy	18 (9)	52 (26)	79 (40)	51 (26)	200
Verhoogt de omvang van de zorgverlening in de 1e lijn	7 (4)	30 (15)	75 (38)	85 (43)	197
Overige					

6. Hoe waardeert u uiteindelijk de samenwerking in multidisciplinair verband?

	Abs.	%
positief	146	(77)
neutraal	40	(21)
negatief	3	(2)
	189	(100)

De laatste stelling: 'Minder snel verwijzing naar specialisten nodig', werd veel minder als een belangrijk voordeel gezien, een derde deel van de respondenten vond het zelfs in het geheel geen voordeel.

Deze uitkomst verrast ons toch wel enigszins. De samenwerking binnen de eerste lijn werd blijkbaar door tenminste één derde van de samenwerkende artsen niet gezien als middel om minder naar de tweedelijns te verwijzen. Nog eens één derde vindt het een onbelangrijk voordeel, zodat er één derde overblijft die het een voordeel vindt. Van de genoemde nadelen werd de stelling dat de multidisciplinaire samenwerking tijdrovend is, het meest beaamd (39%). Een belangrijk deel (35%) van onze respondenten vond de 'verminderde bescherming van de privacy' een belangrijk tot zeer belangrijk nadeel van de multidisciplinaire samenwerking.

19% van de respondenten was het er mee eens, dat de samenwerking de omvang van de zorgverlening in de 1e lijn verhoogt.

De meeste artsen in een home-team waarderen de samenwerking positief. In een expliciete vraag daarnaar reageerde 77% positief. Slechts een enkeling scoorde negatief (wat niet zo verwonderlijk is); 21% is neutraal hetgeen naar ons idee vrij hoog is.

5.5. Samenvatting

In dit hoofdstuk kwam de aard van de samenwerking, de frequentie en de duur vrij gedetailleerd aan de orde. Achtereenvolgens werden monodisciplinair, bidisciplinair en multidisciplinair overleg besproken. In de gedetailleerde gegevens word de gemiddelde duur van het samenwerkingsoverleg berekend voor de artsen die dat samenwerkingsoverleg inderdaad rapporteerden. Wanneer getotaliseerde gegevens aan de orde kwamen, werd de gemiddelde duur over de gehele groep weergegeven.

Voor zowel monodisciplinair, bidisciplinair als multidisciplinair overleg geldt, dat het patiëntenoverleg steeds de belangrijkste overlegvorm is, zowel wat de frequentie als de duur betreft.

Geassocieerde huisartsen overleggen over het algemeen vaker en ook langer dan solo-huisartsen. Soms is dat verschil maar klein; bij de bidisciplinaire samenwerking bijvoorbeeld, maar het verschil is zéér groot bij het monodisciplinaire patiëntenoverleg. Artsen in associaties besteden daar in totaal gemiddeld over alle duo-artsen zo'n acht uur per maand aan. Solo-artsen halen 'slechts' een totaal gemiddelde van anderhalf uur. De hoge cijfers van associaties worden mede veroorzaakt door de hoge frequentie van het patiëntenoverleg (veelal dagelijks). Solo-artsen overleggen veel minder frequent.

Bidisciplinair besteden artsen in associaties in totaal bijna drie uur aan patiëntenoverleg. Solo-artsen in totaal twee uur per maand. Het bidisciplinaire patiëntenoverleg vindt meestal maandelijks plaats. De duur van dat overleg varieert gemiddeld van één uur met maatschappelijk werkers, tot anderhalf uur met wijkverpleegkundigen en met fysiotherapeuten.

Het multidisciplinaire patiëntenoverleg vindt in de meeste gevallen maandelijks plaats. Gemiddeld duurt dat patiëntenoverleg dan bijna twee uur (zeven kwartier).

Berekend over alle associaties wordt in totaal anderhalf uur per maand in multidisciplinair overleg gestoken. Solo-artsen overleggen in totaal 1 uur. Naast het geregelde overleg consulteert een groot aantal artsen collega huisartsen over diagnose of therapie van patiënten. Geassocieerde artsen doen dat veelvuldiger dan solo-artsen. 78% van de geassocieerde artsen consulteren hun associé regelmatig (tenminste eens per maand) tot zeer regelmatig (tenminste eens per week; 51%).

Als we gegevens die betrekking hebben op het enquêtejaar 1983 vergelijken met de retrospectief verzamelde gegevens over het jaar 1978, dan blijkt er in 1983 door meer artsen aan samenwerkingsoverleg deelgenomen te worden dan in 1978. Over het algemeen neemt dat overleg ook meer tijd in beslag.

Voor het jaar 1978 kunnen de gegevens van solo- en duopraktijken vergeleken worden met samenwerkingsgegevens voor groepspraktijken en gezondheidscentra.

Wat het monodisciplinair patiëntenoverleg betreft, blijkt dat duopraktijken veel meer tijd dan gezondheidscentra en groepspraktijken daarvoor besteden. Solopraktijken overleggen minder. Bij het bidisciplinaire overleg zijn de verschillen gering. Gezondheidscentra besteden duidelijk meer tijd aan gestructureerd multidisciplinair overleg dan andere artsen.

In het volgende hoofdstuk zullen de gegevens over samenwerking nog eens op een andere wijze samengevat worden.

6. TOTAALOVERZICHT VAN DE TIJD DIE AAN OVERLEG WORDT BESTEED IN VIER VERSCHILLENDE SAMENWERKINGSVORMEN

6.1. Inleiding

In hoofdstuk 5 is het overleg in velerlei vormen aan de orde geweest. We behandelden drie hoofdvormen van overleg, namelijk het overleg met andere huisartsen, het overleg met één andere discipline in de eerstelijns en tenslotte het multidisciplinaire overleg. Binnen deze drie hoofdvormen werd het overleg ingedeeld in een aantal onderwerpen, waarvan dan de frequentie en de duur werd besproken. In dit hoofdstuk willen we deze gegevens op twee manieren samenvatten. Eerst totaliseren we de verschillende onderwerpen van overleg en daarna de drie hoofdvormen. Deze totaalcijfers zullen worden weergegeven voor een viertal samenwerkingsvormen.

De eerste tweedeling is naar praktijkvorm. Solo- en duopraktijken verschillen op een aantal punten aanzienlijk wat betreft de hoeveelheid tijd die aan de verschillende samenwerkingsactiviteiten werd besteed. Binnen de twee praktijkgroepen worden dan twee subgroepen onderscheiden, afhankelijk van het gegeven of de huisarts deelnam aan een multidisciplinaire samenwerkingsvorm. Uiteraard zijn nog andere indelingen mogelijk, maar de gehanteerde vierdeling is interessant, omdat zo vier groepen ontstaan die op een aantal samenwerkingsaspecten behoorlijk verschillen. De vier groepen zijn als volgt te beschrijven:

- geen (formele) monodisciplinaire samenwerking en geen multidisciplinaire samenwerking.
- geen (formele) monodisciplinaire samenwerking en wel multidisciplinaire samenwerking.
- wel (formele) monodisciplinaire samenwerking en geen multidisciplinaire samenwerking.
- wel (formele) monodisciplinaire samenwerking en wel multidisciplinaire samenwerking.

De laatste groep benadert het meest het gezondheidscentrum. Voor wat betreft de monodisciplinaire samenwerking kan men onder hetzelfde dak bij de associé terecht. Wat dat betreft is er geen verschil met een gezondheidscentrum. De multidisciplinaire samenwerking heeft als enige verschil

met het gezondheidscentrum dat het gemeenschappelijk dak ontbreekt. In een aantal gevallen is er zeker sprake van een voorloper van het gezondheidscentrum. Dat geldt in mindere mate voor de solo-praktijk met multidisciplinaire samenwerking.

6.2. Totale overlegtijd

In tabel 6.1. is het mono-, bi- en multidisciplinair overleg voor een aantal overlegcategorieën samengenomen. Een aantal opvallende verschillen, die ook in hoofdstuk 5 aan de orde kwamen, zien we hier (in versterkte mate) terug.

Tabel 6.1. Gemiddeld aantal kwartieren gestructureerd overleg, uitgesplitst naar inhoud van het overleg en samenwerkingsvorm

		GEMIDDELD AANTAL KWARTIEREN PER MAAND							
Totaal mono- bi- en multi- disciplinair overleg		Solopraktijken			Associaties			Totaal Solo en associaties	
		Multidiscipl. samenwerking			Multidiscipl. samenwerking				
		Niet	Wel	Totaal	Niet	Wel	Totaal		
Patiënten- overleg	'78 '83	9 14	13 19	10 16	31 42	40 47	34 44	16 24	
Organis. overleg	'78 '83	3 5	4 5	3 5	7 10	11 13	9 11	5 7	
Informeel overleg	'78 '83	2 4	6 8	4 5	4 5	11 9	7 7	4 6	
Overleg over functioneren	'78 '83	1 2	3 3	2 2	3 5	4 4	4 4	2 3	
Onderlinge na- en bijscholing; toetsing	'78 '83	2 3	3 4	2 3	4 8	9 9	6 8	3 5	
Overig overleg	'78 '83	1 2	2 4	1 3	5 8	7 6	6 7	3 4	
Totaal	1978 1983	18 30	31 43	22 34	54 78	82 88	66 81	33 49	
n	1978 1983	175 194	100 123	275 317	49 67	32 63	81 130	356 447	

Het patiëntenoverleg neemt ongeveer de helft van de totale overlegtijd in beslag: zo'n zes uur per maand in 1983. Het organisatorisch overleg neemt bijna twee uur in beslag. Het overleg over functioneren en het overig overleg neemt minder dan één uur per maand in beslag, als men over alle huisartsen het gemiddelde berekent. Alles bij elkaar genomen werd 12 uur per maand aan overleg besteed; in 1978 in totaal acht uur. De verschillen tussen de samenwerkingsvormen zijn overduidelijk. Alle associaties samen, overleggen over de hele linie meer dan twee maal zoveel dan artsen in solopraktijken.

De subgroepen verschillen ook duidelijk van elkaar. Dat geldt voor alle samenwerkingsactiviteiten. In 1983 wordt er door de artsen die in een duopraktijk werken en geen multidisciplinaire samenwerking hebben minder over het functioneren en overige zaken overlegd dan duo-artsen die ook in multidisciplinair verband samenwerken. Omdat de verschillen over de hele linie relatief van dezelfde orde zijn, ontstaat het beeld dat er wat de samenwerking betreft sprake is van een simpele optelsom.

Als men aan multidisciplinaire samenwerking doet komt dat bovenop de samenwerking in monodisciplinair of bidisciplinair verband.

Die relatie kunnen we overigens beter bekijken aan de hand van de tellingen in tabel 6.2. In deze tabel zijn de verschillende samenwerkingsactiviteiten in monodisciplinair verband opgeteld. Evenzo voor de bi- en multidisciplinaire samenwerkingsactiviteiten. De gegevens over 1978 in deze tabel zijn redelijk goed vergelijkbaar met gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken. Het hiervoor geschetste beeld blijkt in overeenstemming met de gegevens in deze tabel.

Als een huisarts aan multidisciplinaire samenwerking doet betekent dat niet dat hij andere samenwerkingsactiviteiten laat vallen. Zo'n huisarts heeft zelfs nog meer monodisciplinair overleg en ongeveer evenveel bidisciplinair overleg dan collega's die niet aan een multidisciplinair samenwerkingsverband deelnemen.

Vooraf door het omvangrijke monodisciplinaire overleg van associaties die ook in een 'home-team' zitten, komt deze groep boven 20 uur samenwerking per maand. Dat is zelfs nog meer dan de overlegtijd in gezondheidscentra. Als we ons tot het jaar 1978 beperken dan zien we ook dat in associaties die niet in 'home-teams' werken ook meer tijd aan (vooral) monodisciplinair overleg wordt besteed dan in groepspraktijken.

Solo-praktijken, zowel met als zonder multidisciplinaire samenwerking, overleggen duidelijk minder; 'echte' solopraktijken, bijna $4\frac{1}{2}$ uur, en solopraktijken in 'home-teams' bijna 7 uur en 3 kwartier per maand. De grootste verschillen worden inderdaad bij het monodisciplinair overleg gevonden. Vermoedelijk zijn de gegevens van de monodisciplinaire samenwerking binnen associaties door onze methode van vragenstellen wat overschat. We zagen immers in hoofdstuk 5.2. dat juist bij de associaties het dagelijkse overleg vaak voorkwam. Wanneer men, zoals wij hebben gedaan, als kleinste tijdseenheid een kwartier neemt, dan is vrij gemakkelijk in te zien dat een dagelijkse patiëntenbespreking van gemiddeld vijf minuten, omgerekend naar een maand, sterk wordt overbedeeld. Gedurende een maand vijftien minuten per dag levert voor die maand vijf en een half uur op, tegen nog geen twee uur als met vijf minuten wordt gerekend. Deze mogelijke overschatting moet men bij het hanteren van deze gegevens in het oog houden.

De dagelijkse patiëntenbespreking in associaties is een fenomeen, dat deze samenwerkingvorm eigen is. In gezondheidscentra, waar het monodisciplinaire overleg evenwel schaars is, vindt het (multidisciplinaire) patiëntenoverleg meestal wekelijks plaats.

Onze conclusie is dan ook dat de totale overlegtijd van associaties in hometeams wellicht overgewaardeerd is, maar dat deze groep qua overlegtijd zeker niet onder doet voor de gezondheidscentra.

Tabel 6.2. Gemiddeld aantal kwartieren gestructureerd overleg, uitgesplitst naar soort overleg en samenwerkingsvorm.

Soort overleg	GEMIDDELD AANTAL KWARTIEREN PER MAAND								
	Solopraktijken			Associaties			Totaal soloprakt. en associaties		
	Multidiscipl. samenwerking			Multidiscipl. samenwerking					
	Niet	Wel	Totaal	Niet	Wel	Totaal	Gem.	St.dev.	
Mono-disciplin.	1978	10	13	11	43	57	48	20	20
	1983	17	21	18	59	61	60	30	34
Bi-disciplin.	1978	7	10	8	12	13	12	9	13
	1983	12	12	12	18	17	17	14	19
Multi-disciplin.	1978	0	8	3	0	12	5	3	7
	1983	0	9	3	0	11	5	4	7
Totaal	1978	18	31	23	55	82	65	32	35
	1983	29	42	34	77	88	82	48	45
n	1978	175	100	275	49	32	81	356	
	1983	194	123	317	67	63	130	447	

Tabel 6.2.a: Gemiddeld aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg in gezondheidscentra en groepspraktijk (kwartieren tussen haakjes)

1978	Gezondheidscentra	Groepspraktijken
Monodisciplinair	5.7 (23)	6.6 (26)
Bi-disciplinair	2.2 (9)	2.7 (11)
Multidiscipl.	8.9 (36)	1.4 (6)
Totaal	16.8 (67)	10.7 (43)
n	72	57

7. SAMENWERKING MET SPECIALISTEN EN DE AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDS- ZORG

Inleiding

Verschillende auteurs brengen het verwijdsniveau van huisartsen in verband met de samenwerking tussen huisarts en specialist (zie b.v. Mulder, 1983 en de publicaties over die samenwerking in Hoogeveen, Utrecht en Maastricht).

Over het algemeen wordt een verlaging van het verwijscijfer verwacht bij intensieve samenwerking. We namen daarom naast vragen over de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in de vragenlijst ook een aantal vragen op over de samenwerking met specialisten en bovendien over de samenwerking van huisartsen met de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.

Samenwerking met specialisten

Onder 'samenwerking met specialisten' kan een groot aantal activiteiten worden verstaan, die variëren in intensiteit.

In de eerste plaats zijn er scholingsactiviteiten, die variëren van het luisteren naar een klinische les gegeven door een specialist tot casusbesprekingen waarbij huisarts en specialist op basis van gelijkwaardigheid concrete probleemgevallen bespreken.

In de tweede plaats kunnen huisartsen en specialisten tot afspraken komen over de behandeling van speciale groepen patiënten; de zgn. protocolbesprekingen. Ook in wat wij 'projectgroep eerste-tweedelijns' genoemd hebben, is de samenwerking nauwer dan in vrijblijvende nascholingsbijeenkomsten.

In de derde plaats onderscheiden we consultatie van specialisten.

Van de samenwerkingsbijeenkomsten hebben we gevraagd hoe vaak de huisarts deze bijeenkomsten in 1982 bijwoonde. Van de consultatie werd gevraagd hoe regelmatig dat voorkwam.

In tabel 7.1. vinden we de verschillende samenwerkingsactiviteiten samengevat. Uit deze tabel blijkt dat het vooral de casus-besprekingen met de specialisten zijn en de nascholingscursussen waar de specialist als consultant optreedt die van 78 op 83 in populariteit zijn gestegen.

De casus-besprekingen vinden ook het meest regelmatig plaats. Gemiddeld vaker dan eens per maand. Het consulteren van specialisten komt vaker voor dan we verwacht hadden, gezien onze ervaringen met het experiment Diagnostisch Centrum Ouderijn (Wijkel en Van de Grijn, 1982). Meer dan de helft van onze respondenten doet dat vaker dan eens per maand. Zo'n 20% van de ondervraagde huisartsen consulteert in 1983 een specialist vijf of meer keren per maand.

Door het registratieproject Samenwerkingsverbanden is in 1980 een enquête uitgevoerd, waarin de contacten tussen huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken en de tweedelij (waarbij inbegrepen de ambulante geestelijke gezondheidszorg) werden geïnventariseerd.

De resultaten (Boerma, 1981) zijn niet volledig vergelijkbaar met onze gegevens, omdat Boerma gezondheidscentra en groepspraktijken als geheel heeft ondervraagd, terwijl wij individuele huisartsen als respondent hadden. Ook zijn de vragen iets anders gesteld en de antwoordcategorieën anders ingedeeld. Een derde handicap is het gegeven dat Boerma de situatie in 1980 beschrijft, terwijl onze peilingen over 1978 en 1982 gaan. De vergelijking kan daarom alleen globaal zijn. Onze indruk is dat onze respondenten weinig afwijken van de gezondheidscentra en groepspraktijken. Als voorbeeld nemen we de gevalbesprekingen* die direct vergelijkbaar zijn met casus-besprekingen.

Wij vinden in 1978 25% en in 1982 38% deelname aan die activiteit. Boerma zit daar tussenin (30%). De frequentie laat zich moeilijk vergelijken. Wij vinden een gemiddelde voor casusbesprekingen van ongeveer 15 per jaar. Boerma geeft een classificatie van de frequenties en vindt dat 76% van de gezondheidscentra en groepspraktijken 1x per maand of minder aan gevalbesprekingen doen (Boerma, tabel 4.12). Onze respondenten verschillen waarschijnlijk** wel aanzienlijk van de artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken wat betreft het *niet* deelnemen aan activiteiten. In 1978 nam zo'n 30% van de respondenten aan geen enkele activiteit deel. In 1983 was dat 21%. Boerma vindt slechts 6% "ontbrekend" voor vast werkcontacten. Boerma heeft ook gevraagd naar de frequentie van de (telefonische) consultatie van specialisten.

* Tabel 4.1. van "Studies naar Samenwerking I".

** We weten dat niet zeker, omdat Boerma spreekt van werkcontacten en wij naar activiteiten hebben gevraagd.

Tabel 7.1. a : Deelname aan en frequentie van samenwerkingsactiviteiten met specialisten

	1978		1982	
	% deelname	Gem. aantal p.jaar*	% deelname	Gem. aantal p.jaar*
Nascholingscursussen door specialist	56	9.8	60	8.5
Nascholingscursussen met specialist als consulent	33	6.1	46	5.6
Refereeravonden	27	9.2	31	7.8
Protocolbesprekingen	5	5.2	8	3.1
Projektgroep eerste-tweede lijn	1	6.0	4	3.9
Casusbesprekingen	25	15.4	38	14.7

Geen contacten	30% (107)		21% (96)	

Tabel 7.1. b: Consultatie van specialisten

	1978		1983	
	Frequentie	%	Frequentie	%
neen	4	1	4	1
ja, zelden	26	7	37	8
soms, minder dan eens per maand	77	22	105	23
Regelmatig:				
1x p.mnd	17	5	25	6
2x p.mnd	48	13	69	15
3x p.mnd	33	9	41	9
4x p.mnd	34	10	51	11
5-10x p.mnd	49	14	76	17
meer dan 10x p. mnd	15	4	18	4
niet te coderen/ niet ingevuld	53	15	21	5
Totaal	356	100	447	100

* Gemiddelde berekend voor de gevallen waarbij de activiteit inderdaad voorkwam.

24% van de gezondheidscentra en 19% van de groepspraktijken consulteerden meer dan 1 maal per week een medisch specialist*. Wij constateerden dat 18 resp. 21% (1978-1983) van onze respondenten vijf of meer keer per maand (dus ook meer dan eens per week) een specialist consulteerden. Wat dat betreft verschillen beide groepen niet veel van elkaar. Wel hebben wij de indruk dat onze midden-categorie (regelmatig, Boerma)(of 1 tot 4 maal per maand, onze enquête) kleiner is. Boerma trof in deze categorie \pm 60% aan, terwijl wij in 1978 37% en in 1983 41% in deze midden-categorie vonden.

Voor zover we kunnen nagaan is er dus weinig verschil met betrekking tot het volgen van nascholingscursussen e.d., maar wel wat betreft het consulteren van specialisten. Artsen in gezondheidscentra doen dat frequenter dan de artsen in onze steekproef.

De samenwerking met de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg

We vroegen de huisartsen of ze vaste werkcontacten onderhielden met organisaties in de AGGZ. We vroegen ze tevens welke hulpverleners dat betrof; welke activiteiten ondernomen werden en hoe vaak die activiteiten plaatsvonden. Ook voor deze gegevens is een globale vergelijking met de gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken mogelijk.

Evenals Boerma vinden wij de meeste werkcontacten met de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (voornamelijk SGGZ en S.P.D.) (Tabel 7.2.).

De S.P.D. scoort daarbij het hoogst. De RIAGG-vorming maakt een goede vergelijking tussen 1983 en 1978 moeilijk. We hebben alle instellingen die onder de RIAGG-vorming vallen daarom getotaliseerd. Ook de contacten met de vrij gevestigde psychiater en de psycholoog nemen toe.

In 1978 had 22% van de artsen in onze steekproef één of meer werkcontacten met AGGZ-instellingen. In 1983 was dat 26%. Dat is duidelijk minder dan groepspraktijken en gezondheidscentra die in vijfenveertig resp. vijfenveertig procent van de gevallen één of meer vaste werkcontacten opgaven.

De meeste werkcontacten vinden plaats met psychiaters. Daarna volgen maatschappelijk werkers, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen (tabel 7.3). De onafhankelijke hulpverleners uit tabel 7.2 zijn hier overigens meegeteld. Opvallend is de toename van de werkcontacten

*Tabel 5.1. van "Studies naar Samenwerking I".

met psychiaters en psychologen en de relatieve teruggang van de werkcontacten met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Het was niet altijd mogelijk één hulpverlener te coderen. Zo vermeldt men bijvoorbeeld "Lid-preventie-team" of "arts of verpleegkundige"; verder vult een belangrijk aantal helemaal geen hulpverlener in.

Ook voor de activiteiten (tabel 7.4.) geldt dat deze vraag niet altijd is ingevuld. De relatieve omvang van de verschillende activiteiten is voor 1978 en 1983 vrijwel gelijk: 42% betreft patiëntenoverleg, 9% betreft consultatie. De categorie overigen omvat naast informeel overleg ook een aantal gevallen (1978: 3; 1983:4) van na- en bijscholingsactiviteiten in zogenaamde Balint-groepen. Ter vergelijking: Boerma vond in 1980, dat 36% van de gezondheidscentra patiëntenoverleg met een AGGZ-instelling hadden en 25% van de groepspraktijken.

Over alle respondenten gerekend, treffen wij dat patiëntenoverleg maar bij 10% aan. De frequentie van de activiteiten ligt gemiddeld lager dan eens per maand. Wij vonden 7.2 (1978) resp. 7.6 (1983) contacten per jaar als er inderdaad sprake was van een vast werkcontact. (Over alle artsen levert dat een gemiddelde van 1.9 resp. 2.5 op).

Tabel 7.2. Werkcontacten van huisartsen met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

	1978	1983
1. Intramurale instellingen:		
- Crisiscentrum	--	2
- Psychiatrische polikliniek	--	1
2. (Regionale) instellingen AGGZ + CAD:	78	116
t.w. RIAGG, SGGZ, SPD, MOB, GGD, IMP en CAD		
3. Vrij gevestigden:		
- Onafhankelijk psychiater	2	5
- Onafhankelijk psycholoog (studentenpsycholoog)	1	7
4. Overigen en onbekenden:	11	16
t.w. Dercksencentrum Bouman-instituut ROGK, J.P.D.; I.K.S. enz		
TOTAAL	92	147

Tabel 7.3. Kontakten met hulpverleners in een AGGZ-instelling: percentage tussen haakjes.

	1978	1983
Psychiater	23 (31)	36 (31)
Psychogeriater	1 (1)	3 (3)
Lid praevententieteam	2 (3)	4 (3)
Maatsch.werker	15 (20)	25 (21)
arts/verpleegkundige	6 (8)	4 (3)
soc.ps.verpleegkundige	17 (23)	21 (18)
psycholoog	8 (11)	22 (19)
medewerker SGV	2 (3)	2 (2)
Totaal	71 (100)	117 (100)

Tabel 7.4. Activiteiten met AGGZ ; percentages tussen haakjes.

	1978	1983
Patiëntenoverleg	37 (42)	58 (42)
Organisatorisch overleg	1 (1)	2 (1)
Consultatie	8 (9)	12 (19)
Overig	10 (11)	23 (16)
Niet ingevuld	36 (39)	52 (35)
Totaal	92 (100)	147 (100)

8. DE RELATIE TUSSEN HET SAMENWERKEN EN DE VERWIJSCIJFERS

8.1. Inleiding

In het voorgaande zijn de verschillende aspecten van de samenwerking in solo- en duopraktijken beschreven. Waar mogelijk is die samenwerking vergeleken met gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken.

We zagen dat er duidelijke verschillen waren tussen solopraktijken en duopraktijken. Duopraktijken bleken vooral aan monodisciplinair overleg veel tijd te besteden. Wanneer artsen in associaties ook in multidisciplinair verband samenwerken, besteden ze zelfs meer tijd aan samenwerking dan artsen in gezondheidscentra.

In het rapport 'Praktijkvorm en Productiecijfers' is in hoofdstuk 6 de samenwerkingstijd van gezondheidscentra en groepspraktijken in verband gebracht met de hoogte van de verwijscijfers. De conclusie was dat er geen eenduidige relatie kon worden vastgesteld. Bij gezondheidscentra bleek veel multi- of veel monodisciplinaire overlegtijd samen te vallen met iets hogere verwijscijfers. Bij bidisciplinair overleg lag de relatie juist andersom. Wanneer al het overleg werd samengeteld bleek veel overleg samen te gaan met gemiddelde verwijscijfers. Weinig overlegtijd met lagere, terwijl de tussenliggende categorie juist hogere verwijscijfers vertoonden. Bij groepspraktijken leek de relatie tussen totale overlegtijd en verwijscijfers wel lineair te verlopen. Langer overleggen ging samen met lagere verwijscijfers (Wijkkel, 1983 tabel 6.1). Bij toetsing door middel van variantieanalyse kon geen significante relatie worden vastgesteld.

Met behulp van het materiaal dat ons nu ter beschikking staat, kunnen meer aspecten van samenwerking met productiecijfers in verband gebracht worden.

In de eerste plaats zullen in aansluiting op de analyses in het rapport 'Praktijkvorm en Productiecijfers' de respondenten naar een aantal praktijksituaties worden ingedeeld. Onder praktijksituaties verstaan we bijvoorbeeld: solo-arts met bi-disciplinaire samenwerking enz. Voor die verschillende praktijksituaties berekenen we de gemiddelde verwijscijfers waarbij de invloed van een aantal belangrijke variabelen is uitgeschakeld.

De relatie tussen de verschillende samenwerkingsvariabelen en verwijsggegevens is onze tweede ingang. Het aantal samenwerkingsvariabelen is groot, in principe zijn alle gegevens over frequentie en duur van de samenwerking voor alle overlegvormen en situaties beschikbaar. Daarnaast zijn gegevens beschikbaar over consultatie van huisartsen en specialisten en over de samenwerking met specialisten en de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het aantal samenwerkingsvariabelen zal teruggebracht worden tot een beperkt aantal variabelen om de analyses enigszins overzichtelijk te houden.

De gegevens over taakopvatting en aanwezigheid van diagnostische apparatuur zullen bij de analyses als alternatieve verklaring voor de (eventuele) verschillen in verwijscijfers worden ingevoerd.

Vanuit de gedachte, dat voorkomende problemen in de patiëntenzorg in een aantal gevallen opgelost kunnen worden door overleg met andere hulpverleners, hebben we een aantal hypothesen geformuleerd.

Hypothese B komt voort uit resultaten van de analyses ten behoeve van het rapport 'Praktijkvorm en Productiecijfers'.

De lagere verwijscijfers van gezondheidscentra en duo-artsen, kwam het duidelijkst naar voren bij de beschouwende specialismen. Wij vermoeden dat vooral monodisciplinaire samenwerking die lagere verwijscijfers kan beïnvloeden.

De overige hypothesen spreken voor zichzelf.

- A. Praktijksituaties waarin, volgens opgave van de huisarts, zowel mono- als multi-disciplinair wordt samengewerkt hebben de laagste verwijscijfers.
- B. Des te langer er frequenter patiëntenoverleg in monodisciplinair verband, volgens opgave van de huisarts plaatsvindt, des te lager is het totale verwijscijfer en/of het verwijscijfer naar de beschouwende specialismen.
- C. Wanneer volgens opgave van de huisarts in bi- of multi-disciplinair verband met fysiotherapeuten wordt samengewerkt is het verwijscijfer naar orthopedie lager dan gemiddeld.
- D. Wanneer, volgens opgave van de huisarts, met wijkverpleegkundige wordt samengewerkt is de verpleegduur lager dan gemiddeld.
- E. Wanneer een huisarts, volgens eigen opgave, regelmatig specialisten

consulteert, zal het verwijscijfer van die huisarts lager dan gemiddeld zijn.

8.2. De gebruikte variabelen

Wat de *afhankelijke variabelen* betreft kunnen we kort zijn.

Analoog aan ons eerste rapport proberen we verschillen in produktiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg te verklaren. In de eerste plaats is dat het totale verwijscijfer, maar ook specifieke verwijscijfers worden behandeld (zie vraagstelling B en C). Het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden wordt gerelateerd aan de samenwerking met wijkverpleegkundigen, die in het kader van de nazorg een belangrijke functie vervullen.

De analyses kunnen voor twee jaren worden uitgevoerd: Gegevens over 1978 zijn betrokken uit het analysebestand voor praktijkvorm en produktiecijfers. Voor de analyse van de samenwerkingsgegevens over 1983 moeten we gebruik maken van verwijscijfers van 1982. Aangezien de enquête begin 1983 is afgenomen, is daartegen geen bezwaar.

De produktiegegevens voor de respondenten die daarvoor toestemming hebben gegeven, werden ons door het VNZ ter beschikking gesteld, evenals gegevens betrekking hebbend op leeftijd en geslacht.

Voor de analyses werd alleen gebruik gemaakt van gegevens van artsen die daartoe schriftelijk toestemming hadden verleend.

Huisartsen die verwijscijfers lager dan 200 of hoger dan 1000 hadden, werden vanwege de problemen die extreme cijfers in variantieanalyse opleveren uit het bestand verwijderd.

De onafhankelijke variabelen kunnen in een aantal groepen worden ingedeeld:

- A. Samenwerkingsvariabelen;
- B. Structurele variabelen;
- C. Taakopvattingenvariabelen;
- D. Diagnostische apparatuur.

De samenwerkingsvariabelen zijn vrij uitgebreid in de voorgaande hoofdstukken besproken.

Naast getotaliseerde cijfers over mono-, bi- en multidisciplinaire samenwerking en patiëntenoverleg; organisatorisch overleg; informeel overleg etc. binnen de eerste lijn, beschikken we over samenwerkingsgegevens met de tweede lijn en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Consultatie van artsen, maar ook van specialisten heeft onze speciale aandacht.

Wij hebben nog geprobeerd op basis van de gegevens die ter beschikking stonden nieuwe variabelen samen te stellen, die meer in het algemeen "samenwerking" zouden weergeven. Op zoek naar onderliggende dimensies werd onder meer een factoranalyse uitgevoerd, waarbij de belangrijkste samenwerkingsvariabelen waren opgenomen. Ook na rotatie van de verkregen factoren, konden we geen gemeenschappelijke dimensie onderscheiden. De verschillende samenwerkingsvormen laadden alle op verschillende factoren. Iedere variabele vormt zijn eigen dimensie.

De structurele variabelen zijn voor degenen die bekend zijn met het rapport 'Praktijkvorm en productiecijfers' geen verrassing. De urbanisatiegraad van de gemeente; de regio; de afstand tot een plaats met een ziekenhuis; het specialistenaanbod; de leeftijds-geslachtsverdeling van de ziekenfondspraktijk; de grootte van de ziekenfondspraktijk en het vestigingsjaar van de huisarts stonden voor de artsen die in 1978 al prakticeerden ter beschikking en werden door ons voor de na 1978 gestartte artsen aan het analysebestand toegevoegd.

Eén gegeven, dat voor de analyse van 1982 gebruikt wordt, is enigszins problematisch. Het betreft de variabele specialistenaanbod. In de vijf jaar die verstreken waren na 1978 zijn uiteraard in het specialistenbestand behoorlijke mutaties opgetreden. De gegevens op gemeenteniveau die van voor het jaar 1978 ter beschikking staan, zijn waarschijnlijk achterhaald. Tijdens het schrijven van dit rapport kwam het rapport 'Medische specialisten in Nederland, 1977-1983' (Imandi e.a. 1984) ter beschikking, waarin specialistengegevens voor het jaar 1982 zijn opgenomen. Deze gegevens zijn echter niet op gemeenteniveau, maar op het niveau van de ziekenhuisregio weergegeven, Wij namen het totale specialistenaanbod in 1982 per ziekenhuisregio nog in ons bestand op.

Naast de structurele variabelen werden *taakopvattingvariabelen* opgenomen als mogelijk verklarende factoren voor verschillen in verwijscijfers. Dopheide (1982) heeft in een onderzoek naar mogelijke verklaringen voor die verschillen aangetoond, dat een aantal taakopvattingen een duidelijke relatie had met verwijscijfers. Vooral een schaal, die was samengesteld op basis van de antwoorden op de vraag welke therapeutische technieken de huisarts daadwerkelijk uitvoerde, voldeed goed. Ook een schaal die de taakafbakening ten opzichte van specialisten inhield, bleek een relatie te hebben met het verwijscijfer. In een Nijmeegs onderzoek naar de mogelijkheid de taakuitoefening van huisartsen te meten (Grol, 1981) werden een aantal schalen ontwikkeld, die ook voor ons onderzoek van belang zijn. Op basis van ervaringen van Dopheide en Grol stelden wij een lijst met items op, die de volgende dimensies omvatten: somatisch therapeutisch handelen, psychosomatisch therapeutisch handelen; diagnostisch handelen en taakafbakening ten opzichte van de specialist. De gebruikte items en de antwoordfrequenties zijn in de vragenlijst (bijlage) opgenomen.

Na itemanalyse en factoranalyse konden we drie schalen samenstellen. Deze schalen zijn in tabel 8.1 weergegeven. Het bleek niet mogelijk op het terrein van het diagnostisch handelen een redelijk betrouwbare schaal op te stellen. Iedere respondent kreeg een schaal score toegekend door de antwoorden op de verschillende schaalitems op te tellen.

Een andere mogelijke verklaring voor verschillen in verwijscijfers wordt door sommigen gezocht in het gebruik van *diagnostische apparatuur* (zie bv. Dopheide en Van der Zee, 1980).

Op basis van de veronderstelling dat gezondheidscentra beter in staat zijn kostbare diagnostische apparatuur aan te schaffen dan solo-artsen wordt zo een relatie gelegd tussen diagnostische apparatuur en verwijscijfers.

Wij namen in de vragenlijst een vraag op over de aanwezigheid van diagnostische apparatuur in de huisartspraktijk. We kregen daarop een breed scala aan apparatuur. De antwoordpercentages op de apparatuur die expliciet in de vragenlijst was opgenomen is weergegeven in tabel 8.2. Een apparaat dat naast de vier genoemde veel voorkwam was de 'peak flow meter' waarover 8 à 9 procent van de huisartsen zegt te kunnen beschikken.

Als verklarende variabelen werd op basis van de antwoorden op de vraag naar diagnostische apparatuur het aantal verschillende apparaten genomen, waarover de huisarts kan beschikken.

Tabel 8.1.: De somatisch therapeutische schaal;
de psychosomatisch therapeutische schaal en
de taakafbakening ten aanzien van de specialist

Schaal: Somatisch therapeutisch handelen ($\alpha = .73$)	% volledig of grotendeels eigen taak huisarts
- IUD plaatsen	62%
- paracutese uitvoeren	14%
- wigexcisie bij anguis incarnatus uitvoeren	44%
- een patiënt met een acute urineretentie tgv een prostaathypertrofie catheteri- seren	81%
- uitpellen atheroom	63%
- incideren abces gehoorgang	50%
- 'roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen	65%
Schaal: Psychosomatisch therapeutisch handelen ($\alpha = .68$)	% volledig of grotendeels eigen taak huisarts
- bespreken van relatieproblemen met echtpaar	64%
- adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden	49%
- hulp bieden bij seksuele moeilijkheden	65%
- ontspanningstherapie bij spannings- klachten	23%
Schaal: Taakafbakening t.a.v. de specialist ($\alpha = .60$)	% volledig of grotendeels eens
- de huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	58%
- een deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou eigenlijk even goed door de huisartsen gedaan kunnen worden	80%
- als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts eerst te vragen of dat wel echt nodig is	75%
- bij de behandeling van ziekenhuispa- tiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als van de spec.	29%
- wat betreft de zorg voor chronische pa- tiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk ge- wenst is	71%

Tabel 8.2.: Percentage respondentent dat over de betreffende diagnostische apparatuur kan beschikken

apparatuur	%
electocardiograaf	1
audiometer	25
oogholdrukmeter	34
longfunctiemeter	37

8.3. Analysemethode

Bij de bespreking van de samenwerkingsvariabelen kwam al naar voren, dat er tussen die variabelen geen duidelijke samenhang bestaat. De verschillende variabelen kunnen daarom afzonderlijk aan statistische analyses worden onderworpen.

Mede op basis van de ervaringen met de samenwerkingstijd in gezondheidscentra en groepspraktijken, waarbij geen lineair verband kon worden aangetoond, werd de variantie-analyse met multiple classificatie-analyses als belangrijkste statistische techniek gekozen.

Voordat we de uiteindelijke analyses gingen uitvoeren, werden eerst de structurele variabelen en de alternatieve verklarende variabelen via lineaire regressieanalyse onderzocht. Op die manier kon het aantal onafhankelijke variabelen worden gereduceerd tot de variabelen die een aanzienlijke invloed op het verwijscijfer hebben.

Van de structurele variabelen bleken de volgende variabelen in beide jaren een belangrijke verklarende factor voor het verwijscijfer te zijn:

- Regio: In de regio oosten en midden lagere verwijscijfers en in het zuiden hogere.
- Urbanisatiegraad: Op het platteland lagere verwijscijfers en in de middelgrote en grote steden hogere cijfers*.
- Gemiddelde leeftijd: Hoe hoger de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk des te hoger het verwijscijfer.
- Aanbod van specialisten: Hoe meer specialisten per 100.000 inwoners des te hoger het verwijscijfer.

* = De dummy's haalden -apart ingevoerd- het significantieniveau niet.

- Afstand tot ziekenhuis: Hoe verder de praktijk van het ziekenhuis verwijderd is, des te lager het verwijscijfer.
- Aantal ziekenfondspatiënten: Alleen in 1982 een significante relatie; hoe groter de praktijk des te lager het verwijscijfer. Alhoewel de relatie niet sterk was, betrokken we deze variabele gezien het belang dat er door velen aan gehecht wordt, in onze analyses.

Van de schalen bleek de *somatisch-therapeutische schaal* een belangrijke invloed op de hoogte van het verwijscijfer uit te oefenen.

Huisartsen die hoge scores haalden op die schaal, dat wil zeggen minder somatisch-therapeutische handelingen tot hun taak rekenden, hadden ook hogere verwijscijfers.

De andere schalen bleken geen significante invloed op de hoogte van het verwijscijfer te hebben. De variabele 'diagnostische apparatuur' bleek voor het verwijscijfer van 1982 het significantieniveau te halen ($T = 2.0$). De invloed van deze variabelen is te gering om in variantie-analyses op te nemen.

In 1978 bleek nog een aantal structurele variabelen een significante regressie-coëfficiënt te hebben: het inkomen per gezinshoofd, het vestigingsjaar van de huisarts en de dummy-variabele 'associatie'. In de regressievergelijking was ook een belangrijk aantal samenwerkingsvariabelen meegenomen.

Slechts één van de ingevoerde samenwerkingsvariabelen bleek in significante mate het verwijscijfer te beïnvloeden. Een groter aantal opgegeven nascholingsbijeenkomsten, waarbij de specialist als consulent optreedt, had een verlagend effect op verwijscijfers in 1978 en 1982.

De resultaten van de multiple regressie-vergelijkingen zijn in de bijlage opgenomen.

De hierboven beschreven structurele variabelen en de somatisch-therapeutische schaal werden steeds samen met een samenwerkingsvariabele als onafhankelijke variabelen in de variantie-analyse ingevoerd. Op die manier kan de invloed van de samenwerkingsvariabelen op de productiecijfers worden geanalyseerd, terwijl de invloed van zoveel mogelijk andere belangrijke variabelen is uitgeschakeld.

8.4. Resultaten

De resultaten van de variantie-analyse zijn in deze paragraaf in tabelvorm te vinden. In die tabellen zijn de afwijkingen ten opzichte van het algehele gemiddelde te vinden van de betreffende groepen huisartsen. In de bovenste rij van de tabellen is steeds het algehele gemiddelde voor twee jaren gegeven. Per jaar vindt men dan in de eerste kolom het aantal huisartsen in de groep. In de tweede kolom het verschil ten opzichte van het algehele gemiddelde zonder dat rekening is gehouden met mogelijke verschillen in de andere onafhankelijke variabelen. In de derde kolom is het uiteindelijke resultaat van de correcties weergegeven. De cijfers in die kolom zijn tot stand gekomen, nadat de invloed van alle andere onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabelen (verwijscijfer) is berekend.

Verschillen per samenwerkingsvorm ; hypothese A

Voor de samenwerkingsvorm onderscheiden we een zestal categorieën. In de eerste plaats is een tweedeling gemaakt tussen artsen in solo-praktijken en associaties. Binnen deze huisartsengroepen is een driedeling gemaakt. De eerste groep bestaat uit huisartsen die géén patiëntenoverleg hebben met andere eerstelijnsdisciplines. Deze huisartsen hebben dus alleen monodisciplinair patiëntenoverleg óf in het geheel geen overleg over de patiëntenzorg. De tweede groep heeft bi-disciplinair patiëntenoverleg met één of meer eerstelijns hulpverleners, maar niet in multidisciplinair verband. De huisarts kan daarnaast nog monodisciplinair samenwerken. In de derde groep vinden we huisartsen die patiëntenoverleg hebben in multidisciplinair verband. Daarnaast kan nog mono- en/of bi-disciplinair overleg voorkomen.*

We hebben in hoofdstuk 6 al geconstateerd dat de drie vormen van overleg meestal een cumulatief karakter hebben. Als een huisarts multidisciplinair samenwerkt, doet hij/zij dat in de meeste gevallen ook bi-disciplinair en monodisciplinair.

De afwijkingen van het gemiddelde (tabel 8.3.) zijn voor de zo samengestelde variabele met zes categorieën voor het verwijscijfer van 1982 significant. In 1978 werd het significantieniveau niet gehaald, maar de afwijkingen zijn wel in dezelfde richting. Er blijkt een aanzienlijk ver-

* Een volledige uitsplitsing in alle mogelijke combinaties van mono-, bi- en multidisciplinair patiëntenoverleg zou $2 \times 8 = 16$ categorieën omvatten.

schil te bestaan tussen associaties en solo-praktijken. Bij de geassocieerde artsen hebben de artsen die alleen monodisciplinair patiëntenoverleg rapporteerden hogere verwijscijfers dan gemiddeld. Wanneer wel bi-disciplinair wordt samengewerkt, is het verwijscijfer voor geassocieerde artsen lager, evenals wanneer er in multidisciplinair verband patiëntenoverleg plaatsvindt. Bij solopraktijken zijn de verschillen tegengesteld aan die in associaties, maar daarbij moet tegelijk vermeld worden, dat de verschillen onbeduidend zijn.

De veronderstelling dat vooral het overleg in multidisciplinair verband tot lagere verwijscijfers zou kunnen leiden naar analogie van gezondheidscentra, blijkt dus alleen op te gaan voor de associaties. De berekeningen zijn door ons nog op een aantal verschillende groepsindelingen uitgevoerd; steeds kwam een vergelijkbaar resultaat te voorschijn.

Tabel 8.3.: Afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer van zes samenwerkingsvormen na uitschakeling van de effecten van regio, urbanisatiegraad, afstand tot ziekenhuis, specialisten aanbod, aanbod ziekenfonds-patiënten, schaal somatisch-therapeutisch handelen en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk

Gemiddelde cijfers	1978			1982		
	455			477		
	N	verschil vóór variantie analyse	verschil na variantie analyse	N	verschil vóór variantie analyse	verschil na variantie analyse
Samenwerkingsvormen						
Associaties						
- alleen monodisciplinaire samenwerking *	20	+22	+19	9	+84	+49
- met bidisciplinaire samenwerking	32	-28	-22	55	-40	-21
- met multidisciplinaire samenwerking	18	-38	-38	34	-17	-12
Solopraktijken						
- alleen monodisciplinaire samenwerking	88	+17	- 1	43	+21	- 7
- met bidisciplinaire samenwerking	99	- 1	+ 5	141	+ 9	+ 8
- met multidisciplinaire samenwerking	52	- 5	+11	76	- 1	+ 3

* Samenwerking in de vorm van patiëntenoverleg

De verschillen voor het verwijscijfer van 1982 zijn significant ($p < .05$). In 1978 niet significant.

Intensiteit van samenwerking: hypothese B

De vraag of de intensiteit van samenwerking, los van de vraag of de samenwerking door een solo-arts of een duo-arts wordt bedreven, een voorspellende waarde heeft voor de hoogte van het verwijscijfer, komt aan de orde in tabel 8.4. Omdat associaties en solopraktijken wat die intensiteit betreft (met name bij monodisciplinaire samenwerking) behoorlijk van elkaar verschillen, zijn ze apart voor beide groepen berekend.

We zien bij de associaties dat de intensieve monodisciplinaire overleggers lagere verwijscijfers hebben. Bij het intensieve bi-disciplinaire overleg zien we in 1982 duidelijk lagere verwijscijfers. In 1978 is de situatie bij het bi-disciplinaire patiëntenoverleg anders.

De relatie is voor de geassocieerde huisartsen alleen bij het monodisciplinaire overleg lineair. Bij het bi-disciplinaire overleg duidelijk niet. Voor de solo-praktijken kunnen we stellen dat de weinige artsen die zeer intensief overleggen (zowel mono- als bij bi-disciplinair overleg) verhoogde verwijscijfers vertonen. De overige afwijkingen lijken puur op toeval te berusten; ze vertonen althans geen consistent beeld.

De berekeningen die voor het specialisme interne geneeskunde werden uitgevoerd, leverden dezelfde resultaten op als voor het totale verwijscijfer.

Een andere vorm van mono-disciplinaire samenwerking die ad hoc plaatsvindt is de (telefonische) consultatie van collega huisartsen (tabel 8.5). De variabele 'consultatie collega huisartsen' moet voor geassocieerde artsen gelezen worden als 'consultatie associé'.

De resultaten zijn moeilijk te duiden. Wanneer collega's 'soms' worden geconsulteerd, of 'zeer regelmatig' (gemiddeld eens per maand, tot eens per week), blijkt het verwijscijfer gemiddeld lager te zijn. Door huisartsen die 'regelmatig' consulteren, dat wil zeggen gemiddeld meer dan eens per week, wordt juist meer verwezen. Deze relatie geeft voor de beide onderzochte jaren wel hetzelfde beeld te zien, maar wijkt alleen in 1982 significant van nul af.

Tabel 8.4.: Afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer berekent voor categorieën van monodisciplinair en bidisciplinair patiëntenoverleg

	1978 gemiddeld verwijscijfer 456			1982 gemiddeld verwijscijfer 477		
	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
monodisciplinair overleg						
in associaties:						
- minder dan 2 uur	26	+ 4	- 1	21	+33	+32
- van 2 tot 5 uur	6	+ 4	+ 6	13	-24	-14
- meer dan 5 uur	33	-28	-27	60	-39	-24
in solopraktijken:						
- minder dan 2 uur	191	+ 1	+ 1	186	+11	+ 6
- van 2 tot 5 uur	38	+ 1	+10	60	- 2	- 6
- meer dan 5 uur	10	+53	+34	14	0	+13
	gemiddeld verwijscijfer 456			gemiddeld verwijscijfer 479		
bidisciplinair overleg	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
in associaties:						
- minder dan 2 uur	44	-14	-14	54	-19	-16
- van 2 tot 5 uur	16	-27	-27	24	+23	+40
- meer dan 5 uur	7	+ 7	+12	13	-91	-74
in solopraktijken:						
- minder dan 2 uur	192	+ 5	+ 2	165	0	- 4
- van 2 tot 5 uur	33	+ 5	+12	65	+ 7	+10
- meer dan 5 uur	14	-11	+15	30	+42	+30

Zowel bij mono- als bij bidisciplinair overleg is de relatie in 1982 significant ($p < .05$)

Tabel 8.5.: Afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer voor groepen huisartsen die verschillende frequenties van consultatie van andere huisartsen hebben

consultatie collega huisartsen	1978 gem. verwijscijfer 456			1982 gem. verwijscijfer 477		
	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
zelden of nooit	99	+ 6	+ 2	97	- 5	- 2
soms	84	- 3	- 9	94	+ 3	-17
regelmatig	59	+10	+16	100	+25	+28
zeer regelmatig	39	-26	- 9	53	-44	-18

De relatie is in 1978 niet significant, in 1982 wel significant ($p < .05$).

Samenwerking met fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen; hypothesen E en D

Wij veronderstellen dat wanneer huisartsen met fysiotherapeuten samenwerken de ingebrachte deskundigheid van de fysiotherapeut verwijzingen naar orthopeden zouden kunnen verminderen. In plaats daarvan kunnen dan meer patiënten door de desbetreffende therapeut behandeld worden. Deze mogelijke substitutie komt echter niet duidelijk uit onze gegevens naar voren (tabel 8.6). Op zijn best kan gezegd worden dat de huisartsen die patiëntenoverleg met fysiotherapeuten hebben enigermate minder verwijzen. Het significantieniveau wordt niet bereikt.

Tabel 8.6.: Afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer van het specialisme orthopedie berekend voor verschillende vormen van patiëntenoverleg met fysiotherapeuten.

	1978 gem. verwijscijfer 26.3			1982 gem. verwijscijfer 28.3		
	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
- géén patiëntenoverleg met fysiotherapeuten	201	+1.0	+1.1	161	+ .9	+ .3
- bidisciplinair patiëntenoverleg met fysiotherapeuten	73	-2.5	-2.7	162	- .3	0
- multidisciplinair patiëntenoverleg met fysiotherapeuten	28	-.9	-.9	35	-2.7	-1.6

Voor beide jaren is de relatie niet significant.

Dat samenwerking met wijkverpleegkundigen een verlagende invloed zou hebben op het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden is een plausibele veronderstelling, als men bedenkt dat het vooral de wijkverpleegkundigen zijn die voor de nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten zorgen.

Tabel 8.7. laat zien dat als er al een invloed te onderkennen is, deze zeer gering is en niet consistent. Het gestructureerde patiëntenoverleg met wijkverpleegkundigen heeft dus geen relatie met verpleegduurcijfers.

Tabel 8.7.: Afwijkingen van het gemiddelde verpleegduurcijfer voor verschillen in patiëntenoverleg met wijkverpleegkundigen

samenwerking met wijkverpleegkundigen	1978 gem. verpleegdagen 1859			1982 gem. verpleegdagen 1846		
	N	vóór correctie	na* correctie	N	vóór correctie	na* correctie
géén patiëntenoverleg met wijkverpleegkundige	161	+54	- 4	121	-24	-12
bidisciplinair patiëntenoverleg met wijkverpleegkundige	83	+16	+57	110	+ 4	-37
multidisciplinair patiëntenoverleg met wijkverpleegkundige	66	-152	-61	86	+29	+63

Voor beide jaren is de relatie niet significant.

*In de variantieanalyse werden de regio; de urbanisatiegraad; de afstand tot het ziekenhuis; het aantal bedden per 1000 inwoners en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk betrokken.

Consultatie van specialisten ; hypothese E

Behalve de mogelijkheid tot consultatie van collega-huisartsen, hebben huisartsen de mogelijkheid specialisten te raadplegen. Het consulteren van specialisten kan vanuit een aantal verschillende motieven gebeuren. In de eerste plaats kan men zich voorstellen dat in het kader van de taakafbakening tussen huisarts- en specialist regelmatig contact tussen beide gewenst is. Daarnaast kan de huisarts consulteren vanuit onzekerheid over de diagnose of behandeling van patiënten; de huisarts doet op die manier aan onzekerheidsreductie.

Kijken we naar de resultaten van de variantie-analyse, waarin zowel het totale verwijscijfer als het verwijscijfer naar interne geneeskunde als afhankelijke variabelen zijn opgenomen, dan zien we dat véél consulteren tot hogere verwijscijfers leidt. Afgezien van de categorie 'nooit', lijkt zelfs een lineaire relatie aanwezig.

Weinig consulteren lijkt dus wat het verwijscijfer betreft gunstiger te zijn dan veelvuldige consultatie.

Tabel 8.8: Afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer en het verwijscijfer voor inwendige geneeskunde voor categorieën van consultatie

consultatie van specialisten	1978 totaal verwijscijfer 455			1982 totaal verwijscijfer 477		
	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
nooit*	34	+ 4	- 6	15	+59	+52
zelden/soms	109	-11	-11	114	-14	-10
1,2 of 3 keer per maand	82	+ 7	+ 1	109	- 3	- 8
4 keer per maand of vaker	84	+ 6	+16	120	+ 8	+11
	verwijscijfer inwendige geneeskunde 50.8			verwijscijfer inwendige geneeskunde 50.6		
consultatie van specialisten	N	vóór correctie	na correctie	N	vóór correctie	na correctie
nooit*	34	-2.3	-3.6	15	+4.5	+2.3
zelden/soms	109	- .8	- .8	114	- .4	-1.0
1,2 of 3 keer per maand	82	- .6	- .1	109	-1.1	- .3
4 keer per maand of vaker	85	+2.5	+2.5	120	+ .8	+1.0

Alleen de relatie tussen consultatie specialist en totale verwijscijfer in 1982 is significant ($p < .05$)

* 'Niet ingevuld' is ingebrepen

9. SAMENVATTING

Dit rapport is het tweede in een reeks onderzoeksverslagen binnen het onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen'. In het eerste deel werd verslag gedaan van de statistische toetsing van de verschillen in verwijscijfers tussen huisartsen in 'formele' samenwerkingsverbanden en solo-artsen. Gegevens over het formele samenwerkingsverband konden worden betrokken van het lopende registratiesysteem huisartsen van het NHI. Er kon vastgesteld worden dat gezondheidscentra inderdaad aanzienlijk lagere verwijscijfers hadden dan solo-artsen. Associaties en groepspraktijken hadden eveneens lagere cijfers; maar solopraktijken waarin een assistent meewerkt verschilden niet van solo-artsen. Ziekenfondspatiënten van gezondheidscentra hadden ook duidelijk minder verpleegdagen per 1000 verzekerden dan patiënten van andere artsen (Wijkel, 1983).

In dit tweede deel wordt aandacht geschonken aan samenwerkingsvormen die niet in het huisartsenregistratiesysteem zijn opgenomen. Dat zijn voornamelijk de samenwerkingsverbanden in multidisciplinair verband, maar ook de bi-disciplinaire en monodisciplinaire samenwerking werd door ons van belang geacht.

Samenwerkingsoverleg

In de eerste plaats kan men in dit rapport een uitgebreide beschrijving vinden van de verschillende vormen van samenwerking met andere huisartsen; met andere eerstelijns hulpverleners; met specialisten en met hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Bij die beschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende overlegactiviteiten. Naast het patiëntenoverleg komt organisatorisch overleg, informeel overleg, overleg over het functioneren en, in sommige gevallen, na- en bijscholing en onderlinge toetsing aan bod.

Deze beschrijving kwam tot stand via een schriftelijke enquête, die onder een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen is gehouden. Van de 749 huisartsen die de enquête kregen toegestuurd, zonden 484 (65 %) de enquête ingevuld terug.

In de vragenlijst werd voor elk 'gestructureerd' samenwerkingsoverleg gevraagd met welke frequentie dat overleg plaatsvond en hoeveel tijd

dat in beslag nam. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van deze enquête vrij gedetailleerd besproken. In hoofdstuk 6 wordt een totaaloverzicht besproken.

Gemiddeld zeggen de door ons geïnterviewde huisartsen per maand zo'n 48 kwartieren (twaalf uur) aan allerlei vormen van geregeld overleg per maand te besteden. Dit getal betreft overigens geen exacte vaststelling van de samenwerkingsduur. Het is een globaal cijfer dat door de manier waarop deze gegevens verzameld zijn wel enigszins hoger is, dan wanneer er sprake zou zijn van een exacte meting. De helft van de totale overlegduur wordt aan patiëntenoverleg besteed: gemiddeld zes uren. Aan organisatorisch overleg wordt zeven kwartier, aan informeel zes kwartier, aan overleg over het functioneren drie kwartier en aan de overige vormen van overleg nog eens vijf kwartier besteed (zie tabel 6.1.).

In associaties wordt aanzienlijk meer tijd in overleg gestopt dan in solo-praktijken. Gemiddeld over alle associaties vonden we bijna 21 uur overleg per maand. Wanneer de associatie ook nog in een multidisciplinair samenwerkingsverband deelneemt, wordt er 22 uur overlegd. Dat is één uur per werkdag.

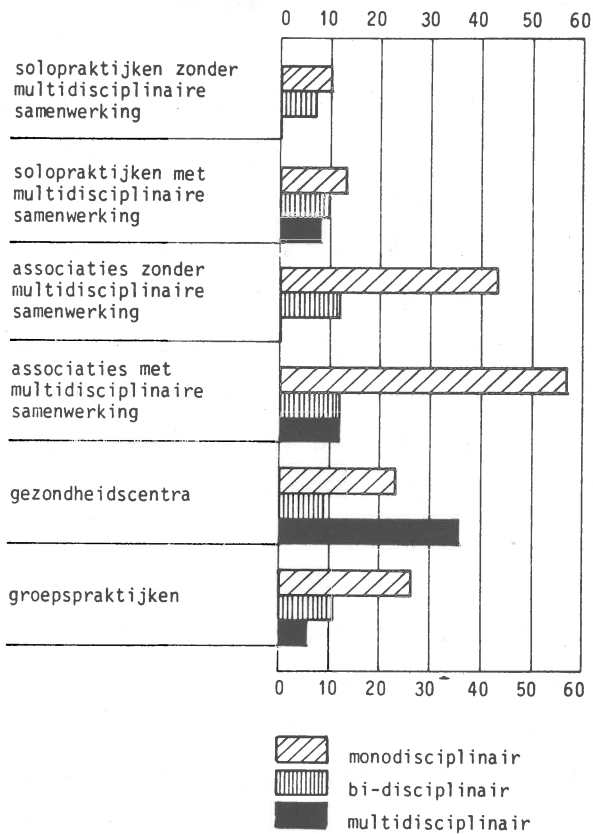
Solo-artsen overleggen zo'n acht en een half uur per maand. Wanneer de arts multidisciplinair samenwerkt tien en een half uur.

Deze gegevens hebben betrekking op 1983. Voor een vergelijking met samenwerkingsgegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken, die in 1978 zijn verzameld, hebben we ook aan onze respondenten gevraagd retrospectief deze gegevens te willen verstrekken.

In figuur 9.1. zijn de gegevens van onze enquête en de gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken grafisch weergegeven (gegevens uit tabel 6.2.).

Duidelijk is te zien dat associaties die multidisciplinair samenwerken meer overlegtijd hebben dan gezondheidscentra. Dat verschil is vooral toe te schrijven aan de grote hoeveelheid monodisciplinair patiëntenoverleg in associaties. Associaties zonder multidisciplinair overleg hebben ook meer overlegtijd dan groepspraktijken. Ook nu zit het verschil weer in het monodisciplinaire overleg, dat mogelijk door onze onderzoeksmethodiek té hoog uitvalt. Artsen in solopraktijken overleggen onder alle omstandigheden minder vaak dan de collega's in de formele samenwerkingsverbanden.

Figuur 9.1. Kwartieren patiëntenoverleg per maand



Samenwerking en produktiecijfers

Het tweede onderwerp in dit rapport betreft de relatie tussen het samenwerken buiten gezondheidscentra en groepspraktijken en produktiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg. We volgden daarbij twee analyselijnen. De relatie tussen samenwerkingsvorm en verwijscijfers en de relatie tussen specifieke samenwerkingsvariabelen en produktiecijfers werd onderzocht door middel van variantie-analyse. Naast de voor de hand liggende structurele variabelen werden twee andere variabelen in de analyse betrokken, omdat verondersteld werd dat deze variabelen invloed zouden hebben op de hoogte van het verwijscijfer. In de vragenlijst hadden we een aantal taakopvattingssitemen en vragen over de aanwezigheid van diagnostische apparatuur gesteld. Na multiple regressie-analyse bleek dat een

schaal die de taakopvatting op het terrein van de somatisch-therapeutische handelingen een vrij grote invloed op het verwijscijfer had. Deze schaal werd daarom als alternatieve verklarende factor samen met de structurele variabelen in de analyses

De geassocieerde zowel als de solo-artsen werden ten behoeve van de analyse onderverdeeld in drie subgroepen. Eén groep met alleen monodisciplinair overleg, één groep met bi-disciplinair overleg en een derde groep met multidisciplinair patiëntenoverleg. Voor de geassocieerde artsen kon worden vastgesteld dat de artsen die bi-disciplinair of multidisciplinair samenwerkten lagere verwijscijfers hadden dan de artsen die alleen monodisciplinair of in het geheel geen patiëntenoverleg hadden. Bij solo-artsen kon geen relatie worden vastgesteld. De geringe verschillen tussen de drie groepen solo-artsen wezen echter meer op een tegengesteld beeld ten opzichte van de associaties.

Wat de intensiteit van de samenwerking en de andere samenwerkingsvariabelen betreft, leverden de uitgevoerde analyses nauwelijks consistente relaties op. Alleen de intensiteit van de monodisciplinaire samenwerking door geassocieerde artsen leverde lagere verwijscijfers op. Geen relatie is echter ook een belangrijk resultaat. Wij vonden geen verband tussen patiëntenoverleg met fysiotherapeuten en verwijscijfers naar orthopedie. Evenmin vonden we verband tussen samenwerking met wijkverpleegkundigen en aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten. Monodisciplinaire consultatie leverde moeilijk te interpreteren gegevens op. De samenwerking met specialisten leverde een verrassend resultaat op. Wanneer de specialist zeer intensief werd geconsulteerd was het verwijscijfer duidelijk hoger dan wanneer slechts spaarzaam gebruik van die mogelijkheid werd gemaakt.

De verklaring voor dit resultaat moet wellicht gezocht worden in de mate van onzekerheid die uit de veelvuldige consultatie zou kunnen spreken. Niet elke vorm van samenwerken met specialisten werkt onder alle omstandigheden verhogend op het verwijscijfer.

Huisartsen die veel nascholingscursussen volgen, waarbij de specialist als consulent optreedt, blijken lagere verwijscijfers te hebben (zie de regressie-analyses in de bijlage).

De regressie-analyses die zijn uitgevoerd om de onafhankelijke variabelen voor de variantie-analyses te selecteren, leverden als belangwekkend

resultaat de tamelijk sterke relatie van de somatisch-therapeutische taakopvatting met het verwijscijfer op.

Uit het gegeven dat de samenwerkingsvariabelen nauwelijks invloed op de hoogte van de produktiecijfers lijken te hebben en een taakopvattingvariabele wel, zou geconcludeerd kunnen worden dat meer individueel getinte aspecten als taakopvatting van meer belang zijn dan meer collectieve aspecten als samenwerking voor de uitoefening van het huisartsenvak.

Voordat we de verdere consequenties van een dergelijke conclusie willen invullen, moeten we erop wijzen dat de samenwerkingsvariabelen die voortkomen uit de gehouden enquête nog geen inzicht geven in de mechanismen die achter de ook in dit rapport - geconstateerde - verschillen in verwijscijfers tussen verschillende samenwerkingsvormen schuilen. Wij hopen in de tweede fase van het onderzoek op die mechanismen meer zicht te krijgen.

LITERATUUR

- Beugen, M. van*, Hulpverleners in de eerstelijns. Assen, 1979.
- Boerma, W.G.W.*, Huisartsengroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1983. Cijfers over samenwerking 5, rapport, NHI, Utrecht, '83.
- Boerma, W.G.W.*, Contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn. Studies naar samenwerking 1. Rapport, NHI, Utrecht, 1981.
- Boots, J.*, Het werk van de huisarts. Dissertatie, RUL, 1983.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid*. Advies inzake experiment diagnostisch centrum. Rijswijk, 15 juli 1975.
- Dillmann, D.A.*, Mail and telephone surveys; the total design method. John Wiley and sons. New York, 1978.
- Dopheide, J.P. en J. v.d. Zee*, Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten van huisartsen. Medisch Contact 35, 1980, 443-449.
- Dopheide, J.P.*, Verwijzingen door de huisarts. Rapport. NHI, maart 1982.
- Dijkstra, A.*, Ziekteverzuim en non-response; representativiteit van deelname aan enquête onderzoek in arbeidsorganisaties ten aanzien van een te verklaren variabele. Gezondheid en Samenleving 2,4, 1981, 266-273.
- Grol, R.*, Preventieve attitude van huisartsen. Rapport. Somatische fixatie, deel III. Nijmegen, 1981, NUHI.
- Imandi, K., J. Spaan en J. van Duren*, Medische specialisten in Nederland 1977-1983. Rapport nr. 83.367. NZI, Utrecht, 1984.
- Mulder, J.D. Dzn.*, Over samen werken; In het bijzonder tussen huisarts en specialist. Oratie, 17 juni 1983. Rijksuniversiteit Leiden, 1983.
- (Anoniem) Teamsamenwerking langzamerhand aan voorwaarden binden. M.G.Z., jrg 10, 12. dec. 1982, 8-9.
- Verhaak, P.F.M.*, Vooronderzoek functioneren algemeen maatschappelijk werk. Rapport. NHI, Utrecht, januari 1984.
- Wijkel, D. en D. v.d. Grijn*, Huisarts en Diagnostisch Centrum. Rapport. NHI/NZI Utrecht, juni 1982.
- Wijkel, D.*, Samenwerken en verwijzen deel I: Praktijkvorm en Productiecijfers. Rapport. NHI, Utrecht, 1983.
- Zee, J. van der*, Samenwerking tussen hulpverleners. NHI, Utrecht, 1979.

Bijlage

Structuurvergelijkingen van de totale verwijscijfers 1978 en 1982.

Variabelen	1978		1982	
	B	T	B	T
Regio noord	--	--	--	--
Regio oost en mid	-39.36	3.3	-35.46	2.5
Regio zuid	48.78	3.4	--	--
Platteland	--	--	--	--
Verst.platteland	--	--	--	--
Forensenplaatsen	--	--	--	--
Kleine steden	--	--	--	--
Middelgrote stad	--	--	--	--
Specialistenratio*	1.77	4.5	1.32	2.8
Gemiddelde leeftijd	3.51	2.8	3.79	3.1
Zf.patiënten x 1000	--	--	-0.02	2.5
Gezinsinkomen	-6.57	4.1	--	--
Afstand tot zkh	-4.78	6.8	-4.73	5.1
Vest.jaar huisarts	2.49	4.5	--	--
Dummy associatie	-27.25	2.2	--	--
Schaal somatisch-ther.handelen	3.01	3.6	5.08	5.0
Nascholingsbijeenk.spec. als consulent	-2.92	3.0	-1.80	2.0
Diagn.apparatuur	--	--	-19.43	2.0
Constante	258.25	3.4	281.76	5.4
\bar{R}^2	.396		.314	

*In 1978 per gemeente; in 1982 per ziekenhuisregio.

Utrecht, 29 april 1983
REL 045 - DW/JE



nederlands huisartsen instituut · postbus 2570 · 3500 GN utrecht · telefoon 030-31 99 46

Geachte huisarts,

Bij het Nederlands Huisartsen Instituut wordt momenteel een onderzoek verricht naar de verschillende vormen van samenwerking in de eerste-lijnsgezondheidszorg.

De belangrijkste vraag daarbij is of 'samenwerking' effecten sorteert in termen van versterking van de eerste lijn en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening. In verschillende publicaties wordt een samenhang verondersteld tussen 'samenwerken' en verwijscijfers. Met behulp van gegevens van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen zal binnen ons onderzoek worden uitgezocht of die veronderstelde relatie tussen samenwerking en verwijscijfers inderdaad aanwezig is. Daarbij zullen belangrijke variabelen als leeftijdsopbouw van de huisartspraktijk en afstand tot ziekenhuis 'constant' gehouden worden.

Voor het onderzoek kunnen we beschikken over samenwerkingsgegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken, die in 1978 verzameld zijn. Het zou echter een ontoelaatbare reductie zijn alleen bij gezondheidscentra en groepspraktijken samenwerking te veronderstellen. Bovendien kunnen wellicht juist solistisch werkende huisartsen een laag verwijscijfer hebben. Over het samenwerken van huisartsen buiten de geformaliseerde vormen van samenwerking is helaas weinig bekend.

Wij willen U vragen aan een inventarisatie van samenwerking mee te werken door bijgaande vragenlijst in te vullen voor de huidige situatie én voor de situatie in 1978. Aangezien wij deze vragenlijst aan een representatieve steekproef van alle Nederlandse huisartsen toesturen, is het voor het onderzoek van groot belang dat iedere arts de vragenlijst terugstuurt, ook als hij/zij op geen enkele manier met andere hulpverleners samenwerkt. Een tiental huisartsen heeft deze vragenlijst bij wijze van proef ingevuld. Het bleek daarbij dat de gehele lijst in ongeveer 20 minuten kan worden ingevuld.

Teneinde de gegevens van deze enquête in verband te kunnen brengen met LISZ-gegevens over Uw ziekenfondspraktijk, dienen wij over Uw schriftelijke toestemming te beschikken. Wij verzoeken U daarom op de laatste bladzijde van deze enquête Uw handtekening en naam (stempel) te plaatsen. Deze bladzijde zal apart verwerkt worden.



De verwerking en presentatie van de enquête en LISZ-gegevens zal strikt anoniem plaatsvinden; het nummer dat op de enquête is aangebracht heeft als doel de kosten voor een eventueel rappel te drukken. Alle deelnemers aan deze enquête krijgen een samenvatting van de resultaten toegestuurd in de eerste maanden van 1984.

Wij hopen van harte dat U aan ons onderzoek zult willen meewerken. Wij zijn uiteraard ten volle bereid eventuele vragen van Uw kant te beantwoorden.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. D. Wijkkel,

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

DEFINITIES EN INDELING VRAGENLIJST

WE SPREKEN VAN SAMENWERKING ALS AAN DE VOLGENDE VOORWAARDEN WORDT VOLDAAN:

- Er vinden regelmatig bijeenkomsten plaats.
 - Die bijeenkomsten hebben ten doel onderling informatie uit te wisselen.
 - Er wordt vanuit een gemeenschappelijk uitgangspunt over die informatie gepraat.
- Buiten deze definitie vallen dus bijv. koffiepauzes, borreluurtjes e.d.

DE VRAGENLIJST BESTAAT ACHTEREENVOLGENS UIT DE VOLGENDE DELEN:

- A- Monodisciplinaire samenwerking - Dit betreft samenwerking met uitsluitend andere huisartsen.
- B- Interdisciplinaire samenwerking- Dit betreft samenwerking tussen één of meerdere huisartsen en één of meerdere hulpverleners van een andere discipline. Derhalve samenwerking tussen twee disciplines.
- C- Multidisciplinaire samenwerking- Dit betreft samenwerking tussen één of meerdere huisartsen en meerdere hulpverleners van tenminste twee andere disciplines.
- D- Samenwerking met specialisten en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg E- Algemeen vragen over Uw praktijkuitoefening F- Verklaring

TOELICHTING VRAAG A1

Associatie: Gezamenlijke praktijkuitoefening op gelijk niveau; dus geen arts-assistentarts-
relatie.

Waarneemgroep: Huisartsengroep die gezamenlijk een waarneemregeling hebben, en daarnaast andere beroepsgerichte activiteiten ontplooiën.

Utrecht, 6 mei 1983

Op vrijdag 29 april zonden wij U een lijst, waarin een aantal vragen was opgenomen over de samenwerking van huisartsen met andere hulpverleners. Uw naam was getrokken uit een representatieve steekproef van alle huisartsen in Nederland.

Wanneer U inmiddels deze vragenlijst heeft teruggestuurd, willen wij U daarvoor hartelijk dank zeggen. Wanneer U daartoe nog niet in de gelegenheid bent geweest, vragen wij U dat een dezer dagen te doen. Omdat de lijst maar aan een relatief kleine, maar wel representatieve groep huisartsen is gestuurd, is het van groot belang dat ook Uw gegevens in de studie worden meegenomen.

Mocht U bij toeval geen vragenlijst hebben ontvangen, of als de lijst is zoekgeraakt vraag ik U mij te bellen (030-319946), zodat ik een andere lijst aan U kan opsturen.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT


Drs. D. Wijkel,
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

Utrecht, 30 mei 1983
REL 053 - DW/JE



nederlands huisartsen instituut - postbus 2570 - 3500 GN utrecht - telefoon 030-31 99 46

Geachte huisarts,

Ongeveer een maand geleden zonden wij U een enquête, waarin vragen waren opgenomen over de mate en de vorm waarin U samenwerkt met andere hulpverleners. Wij vroegen daarbij naar de situatie in 1978 en 1983. Tot op heden ontvingen wij van U nog geen ingevuld formulier.

De vragenlijst is onderdeel van een door de Ziekenfondsraad gesubsidieerd onderzoek, waarin het samenwerken binnen de eerstelijnsgezondheidszorg wordt geïnventariseerd en geanalyseerd.

In eerste instantie proberen we daarbij de vraag te beantwoorden of die samenwerking tot versterking van de eerste lijn en - indirect - tot lagere verwijscijfers leidt.

Wij vragen U hierbij nogmaals om de enquête te willen invullen, aangezien het voor dit onderzoek van essentieel belang is dat een hoog percentage van de formulieren kan worden verwerkt. Wij doen dit verzoek overigens met enige schroom, omdat wij ons realiseren dat veel huisartsen met enquêtes dreigen te worden overspoeld.

Wij sluiten een nieuw enquêteformulier in voor het geval het voorgaande zoek geraakt is. Wij danken U bij voorbaat voor Uw medewerking.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. D. Wijkel
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.



NUMMER:

ENQUÊTE SAMENWERKING

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht

In deze vragenlijst komt een aantal vormen en aspecten van samenwerking aan bod. Een nauwkeurige beschrijving van enkele gehanteerde begrippen kunt U op de bijgevoegde kaart vinden.

Wij verzoeken U de vragen te beantwoorden naar de situatie op 1 januari 1983 en, indien U toen prakticeerde op 1 juli 1978.

A. MONODISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Uitsluitend met andere huisarts(en)

1. Maakt/maakte U deel uit van:

Associatie in één gebouw

Associatie met gescheiden praktijkadressen

Overleggroep van artsen in een waarneemregeling (waarneemgroep)

Andere vorm van samenwerking met één of meer collega's, nl. _____

1983		1978	
Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

2. Vindt/vond er in het kader van die samenwerking geregeld overleg plaats op vaste tijdstippen? Zo ja, wilt U dan hieronder bij I invullen aan welk overleg U deelneemt/deelnam, en met welke frequentie en duur (bijv. 1 x per 6 weken, ½ uur). Zo nee, indien er incidenteel overleg plaatsvindt kunt U dat bij II invullen; vindt er geen monodisciplinair overleg plaats, dan kunt U doorgaan naar vraag 3.

I GEREGLD OVERLEG OP VASTGESTELDE TIJDSTIPPEN

Het kan natuurlijk voorkomen dat in het overleg verschillende zaken aan de orde komen. Als dat gescheiden gebeurt (bijv. eerst een ½ uur pat. overleg en daarna 1 uur organisatorisch overleg), kunt U hieronder beide activiteiten invullen. Veelal zal een dergelijke scheiding niet zo eenvoudig aan te brengen zijn. Vult U in dat geval de activiteiten in die de meeste tijd in beslag nemen.

	PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR
<input type="checkbox"/> n.v.t. A. PATIËNTENOVERLEG, d.i. overleg over actuele gezondheidsproblemen bij patiënten die U zelf of één van Uw collega's behandelt.	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. B. ORGANISATORISCH OVERLEG, d.i. overleg over bijv. waarneemregeling, aanstelling van assistentes etc.	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. C. INFORMEEL OVERLEG, bijvoorbeeld in LHV-verband.	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Associé ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> Waarneemgroep ... maal per .... ..uur	<input type="checkbox"/> ----- ... maal per .... ..uur

PEILDATUM 1 JAN. 1983				PEILDATUM 1 JULI 1978		
<input type="checkbox"/> n.v.t. <i>D. OVERLEG MET FUNCTIONEREN,</i> bijv. evaluatie van procedurele afspraken	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR
	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. <i>E. NA- EN BIJSCHOLTING,</i> bijv. aan de hand van casusbesprekingen (alleen huisartsen onder elkaar)	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR
	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. <i>F. ONDERLINGE TOETSING,</i> aan de hand van vastgelegde criteria wordt het medisch handelen geëvalueerd	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR	MET WIE?	FREQUENTIE	DUUR
	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Associé	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> Waarneem- groep	... maal per ....	...uur
	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur	<input type="checkbox"/> -----	... maal per ....	...uur

II OVERIG EN INCIDENTEEL (AD HOC) OVERLEG MET UITSLUITEND ANDERE HUISARTSEN

1983	1978
Activiteit: ----- -----	Activiteit: ----- -----
Met wie?: -----	Met wie?: -----
Frequentie: ... maal per	Frequentie: ... maal per
Duur: ... uur	Duur: ... uur

3. Raadpleegt U Uw collega-huisartsen wel eens buiten vastgesteld overleg om (bijv. telefonisch) over diagnostiek of behandeling van patiënten?

	ASSOCIÉ		ANDERE HUISARTSEN	
	1983	1978	1983	1978
Zelden of nooit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms, hooguit eens per maand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmatig, gemiddeld eens per maand tot eens per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeer regelmatig, gemiddeld meer dan eens per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVENTUELE OPMERKINGEN:

B. INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

- Met werkers van één andere discipline

1. Hieronder is een vijftal disciplines binnen de eerstelijns genoemd, waarmee U mogelijk samenwerkt. Wilt U nagaan met welke disciplines U geregeld overleg pleegt op vastgestelde tijdstippen, en dat hieronder invullen. Wanneer het niet mogelijk is de verschillende activiteiten goed te onderscheiden, wilt U dan de activiteit aankruisen, die het belangrijkste is. Activiteiten die niet in de gebruikte categorieën passen, kunt U invullen bij "opmerkingen".

OVERLEG MET ALLEEN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

n.v.t.

OPMERKINGEN:

PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR
<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Consultatie-bureau's	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Consultatie-bureau's	... maal per ...	...uur

OVERLEG MET ALLEEN MAATSCHAPPELIJK WERKERS

n.v.t.

OPMERKINGEN:

PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR
<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur

OVERLEG MET ALLEEN FYSIOTHERAPEUTEN

n.v.t.

OPMERKINGEN:

PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR
<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur

OVERLEG MET ALLEEN PSYCHOLOOG (THERAPEUT)		<input type="checkbox"/> n.v.t.				
OPMERKINGEN:	PEILDATUM 1 JAN. 1983		PEILDATUM 1 JULI 1978			
			<input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> Idem als in 1983		
	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR
	<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg	... maal per ...	...uur
	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	
<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	

OVERLEG MET ALLEEN APOTHEKERS		<input type="checkbox"/> n.v.t.				
OPMERKINGEN:	PEILDATUM 1 JAN. 1983		PEILDATUM 1 JULI 1978			
			<input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> Idem als in 1983		
	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR	ACTIVITEIT	FREQUENTIE	DUUR
	<input type="checkbox"/> Medicijnoverleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Medicijnoverleg	... maal per ...	...uur
	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Informeel overleg	... maal per ...	...uur	
<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking	... maal per ...	...uur	

2. Mogelijk kon U nog niet alles kwijt over de samenwerking met één andere discipline in de eerste lijn. In dat geval kunt U hieronder vermelden met wie U heeft samengewerkt, wat de inhoud van die samenwerking was, hoe vaak U bij elkaar kwam en in welk jaar dat plaatsvond.

C. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Met meerdere eerstelijns-hulpverleners tegelijk.

1. Neemt U deel aan geregeld overleg op vaste tijdstippen, waarbij meerdere disciplines aanwezig zijn? Nam U daaraan ook deel in 1978? Ja

Bij "Nee" door naar onderdeel D → Nee

2. Zo ja, vindt/vond dat overleg plaats binnen een zogenaamd home-team?

ONDER HOME-TEAM VERSTAAN WE EEN SAMENWERKINGSVERBAND ZONDER GEMEENSCHAPPELIJKE HUISVESTING, WAARIN TENMINSTE HUISARTS(EN), WIJKVERPLEEGKUNDIGE(N) EN MAATSCHAPPELIJK WERKER(S) PARTICIPEREN; Ja, in 1983

Ja, in 1978

Nee, in ander verband

3. Hoe is/was die multidisciplinaire groep samengesteld?

	PEILDATUM 1 JAN. 1983	PEILDATUM 1 JULI 1978
	Aantal	Aantal
Huisartsen (buiten Uzelf)		
Wijkverpleegkundigen		
Fysiotherapeuten		
Psychologen		
Apotheker		
Maatschappelijk werker		
Andere:		

4. Welke activiteiten worden binnen die multidisciplinaire groep ondernomen? Wilt U hieronder de activiteiten vermelden die tijdens geregelde bijeenkomsten op vaste tijdstippen plaatsvinden. Bij overig en incidenteel overleg kunt U de activiteiten vermelden die niet in één van de categorieën passen.

Toelichting

Soms zullen de verschillende activiteiten niet goed te onderscheiden zijn. Wilt U in dat geval de activiteit kiezen die de meeste aandacht krijgt?

	PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
	SAMENSTELLING	FREQUENTIE	DUUR	<input type="checkbox"/> n.v.t.	<input type="checkbox"/> Idem als in 1983	
<input type="checkbox"/> n.v.t. 1. PATIËNTENOVERLEG , d.i. overleg over actuele gezondheidsproblemen van patiënten	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders: _____	... maal per ...	... uur	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders: _____	... maal per ...	... uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. ORGANISATORISCH OVERLEG d.i. overleg over bijv. waarneming, regelen van informatie-overdracht etc.	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders: _____	... maal per ...	... uur	<input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> Idem als in 1983	... maal per ...	... uur

<input type="checkbox"/> n.v.t. C. <i>INFORMEEL OVERLEG</i> , overleg zonder omschreven doel, bijv. "sociaal café"	PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
	SAMENSTELLING	FREQUENTIE	DUUR	<input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> Idem als in 1983		
	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. D. <i>OVERLEG OVER FUNCTIONEREN</i> , bijv. over evaluatie van procedurele afspraken	PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
	SAMENSTELLING	FREQUENTIE	DUUR	<input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> Idem als in 1983		
	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur
<input type="checkbox"/> n.v.t. E. <i>NA- EN BIJSCHOLING</i> , bijv. aan de hand van een casus	PEILDATUM 1 JAN. 1983			PEILDATUM 1 JULI 1978		
	SAMENSTELLING	FREQUENTIE	DUUR	<input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> Idem als in 1983		
	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur	<input type="checkbox"/> Als bij vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders:	... maal per ...	...uur

5. Wat zijn naar Uw mening de belangrijkste voor- en nadelen van het samenwerken met meerdere eerstelijnsdisciplines tegelijk?

VOORDELEN

	Zeer belang-rijk voordeel	Belangrijk voordeel	Onbelangrijk voordeel	Geen voordeel
Integrale hulpverlening				
Beter op de hoogte van elkaars kunnen				
Betere onderlinge afstemming van de hulpverlening				
Betere opvang van patiënten met psychosociale klachten				
Minder snel verwijzing naar specialisten nodig				
Overige				

NADELEN

	Zeer belang-rijk nadeel	Belangrijk nadeel	Onbelangrijk nadeel	Geen nadeel
Tijdrovend				
Verminderde bescherming van de privacy				
Verhoogt de omvang van de zorgverlening in de 1e lijn				
Overige				

6. Hoe waardeert U uiteindelijk de samenwerking in multidisciplinair verband?

- Positief
- Neutraal
- Negatief

**D. SAMENWERKING MET SPECIALISTEN
EN DE (AMBULANTE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

1. Neemt/nam U deel aan bijeenkomsten waarbij zowel huisartsen als specialisten aanwezig zijn/waren?

Nee

Ja

Zo ja, welke bijeenkomsten zijn/waren dat, en hoeveel keer per jaar nam U daaraan deel in 1982 resp. 1978?

BIJEENKOMST	AANTAL BIJEENKOMSTEN PER JAAR	
	1982	1978
Nascholingscursussen verzorgd door specialisten	-----	-----
Nascholingscursussen waarbij de specialist als consultant optreedt	-----	-----
Refereeravonden met specialisten	-----	-----
Casusbesprekingen met specialisten	-----	-----
Protocolbesprekingen	-----	-----
Projectgroep eerste-tweede lijn	-----	-----
Overige, te weten:	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

2. Consulteert/consulteerde U wel eens een specialist (telefonisch) over de diagnose of behandeling van individuele patiënten?

(HIER AANTAL INVULLEN)



	1983	1978
Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, zelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms, minder dan eens per maand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmatig, gem. keer per mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Heeft/had U vaste werkcontacten met hulpverleners in de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg?

Nee

Ja

Zo ja, uit welke organisatie was die hulpverlener afkomstig en welke activiteit betrof het dan?

1983	1978
Organisatie: -----	Organisatie: -----
Hulpverlener: -----	Hulpverlener: -----
Activiteit: -----	Activiteit: -----
-----	-----
... maal per jaar	... maal per jaar
Organisatie: -----	Organisatie: -----
Hulpverlener: -----	Hulpverlener: -----
Activiteit: -----	Activiteit: -----
-----	-----
... maal per jaar	... maal per jaar

**E. ALGEMENE VRAGEN OVER
UW PRAKTIJKUITOEFENING**

1. Kunt U aangeven in hoeverre U de onderstaande (be)handelingen tot Uw taak rekent?

	MATE WAARIN U DE ACTIVITEIT TOT UW TAAK VINDT BEHOREN				
	Volledig	Grotendeels	Enigszins	Nauwelijks	Absoluut niet
1. ECG interpreteren.	3 %	9 %	18 %	22 %	47 %
2. De diagnose van botfractuur stellen.	39 %	49 %	8 %	2 %	2 %
3. Bespreken van relatieproblemen met echtbaar.	22 %	42 %	31 %	3 %	1 %
4. Diagnostiek bij subfertiliteit.	4 %	21 %	45 %	23 %	6 %
5. Diagnostiek van congenitale heupluxatie bij kind.	32 %	47 %	17 %	3 %	1 %
6. De diagnose claudicatio intermittens stellen.	49 %	44 %	6 %	0 %	0 %
7. Stervensbegeleiding van zowel de patiënt als diens gezin.	72 %	26 %	1 %	-	1 %
8. I.U.D. plaatsen	40 %	12 %	6 %	10 %	32 %
9. Paracentese uitvoeren.	7 %	7 %	12 %	22 %	52 %
10. Wigexcisie bij unguis incarnatus uitvoeren.	26 %	18 %	14 %	17 %	24 %
11. Een patiënt met een acute urineretentie t.g.v. een prostaathypertrofie catheteriseren.	59 %	22 %	9 %	7 %	3 %
12. Behandelen van lichte tot matige reumatoïde arthritis.	40 %	41 %	16 %	3 %	0 %
13. Desensibilisering van een patiënt met een atopie.	31 %	35 %	18 %	9 %	7 %
14. Uitpellen atheroom.	42 %	21 %	16 %	12 %	10 %
15. Behandeling van CARA (gr. 3).	25 %	58 %	15 %	2 %	0 %
16. Behandeling van psoriasis.	14 %	48 %	30 %	7 %	2 %
17. Adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden.	9 %	40 %	44 %	6 %	1 %
18. Incideren abces gehoorgang.	25 %	25 %	17 %	16 %	17 %
19. Hulp bieden bij sexuele moeilijkheden.	15 %	50 %	30 %	4 %	0 %
20. 'Roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen.	39 %	26 %	9 %	9 %	17 %
21. Ontspanningstherapie bij spanningsklachten.	4 %	19 %	34 %	25 %	18 %

OPMERKINGEN:

2. Over welke diagnostische apparaten kunt U in Uw praktijk beschikken, naast de geijkte standaarduitrusting?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Electro-
cardiograaf | <input type="checkbox"/> Longfunctiemeter |
| <input type="checkbox"/> Audiometer | <input type="checkbox"/> Overige, te weten: |
| <input type="checkbox"/> Oogboldruk-
meter | -----
----- |

3. Hieronder volgt een aantal opvattingen over de taakuitoefening van de huisarts. Wilt U aangeven in hoeverre U het daarmee eens of oneens bent?

	Volledig eens	Groten-deels eens	Geen mening	Groten-deels oneens	Volledig oneens
A. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen.	25 %	33 %	11 %	20 %	11 %
B. Een deel v.h. diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden.	34 %	46 %	8 %	10 %	1 %
C. Het belang van "mantelzorg" wordt door velen overdreven.	7 %	21 %	42 %	23 %	6 %
D. Als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts éérst te vragen of dat wel echt nodig is.	35 %	40 %	8 %	13 %	4 %
E. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist.	6 %	23 %	10 %	45 %	14 %
F. De voornaamste taak van de huisarts is de patiënt zelf verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid bij te brengen.	33 %	47 %	6 %	10 %	3 %
G. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven.	6 %	17 %	16 %	40 %	21 %
H. Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt heeft, óók zonder tussenkomst van de specialist, recht op inzage van de status.	63 %	20 %	6 %	7 %	4 %
I. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is.	25 %	46 %	13 %	14 %	3 %
J. De zorg voor diabetici is in de eerste plaats een taak voor de specialist.	7 %	21 %	9 %	52 %	11 %

Einde vragenlijst.

Hartelijk dank voor de tijd en moeite die U aan het invullen heeft besteed. Op de volgende pagina kunt U ons machtigen LISZ-gegevens met deze vragenlijst in verband te brengen.

VERKLARING:

Hierbij verklaar ik geen bezwaar te hebben tegen het gebruik van LISZ-gegevens betreffende mijn praktijk in het kader van deze enquête. De verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers, alsmede de leeftijd-geslacht-verdeling van mijn ziekenfondspraktijk mogen worden gebruikt op voorwaarde dat ze niet aan derden zullen worden verstrekt, en dat ze nimmer op herkenbare wijze zullen worden gepubliceerd. Alleen gegevens over 1978 en 1982 mogen gebruikt worden.

Naam en stempel huisarts:

Handtekening huisarts:

Mijn praktijk bestaat globaal voor ... % uit particuliere patiënten.

