

NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

6 DEC. 1985

DEEL III
EINDRAPPORT

CASE-STUDIES SAMENWERKING.
ARTSEN- EN PATIËNTENSELECTIE IN GEZONDHEIDSCENTRA

D. WIJKEL
Oktober 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg
Postbus 1568 3500 BN Utrecht Telefoon: 030 - 31 99 46

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Samenwerken

Samenwerken en verwijzen. - Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Dl. 3: Eindrapport: case-studies samenwerking; artsen- en patiëntenselectie in de gezondheidscentra / Dirk Wijkel. - I11.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-012-9

SISO 601.5 UDC 614.2

Trefw.: gezondheidscentra.

Typewerk : J. Evers en M. van Geelkerken-Van Wijk

Vormgeving : M. Cornelius

Lay-out en druk: A. Leerentveld

VOORWOORD

Dit derde rapport van het onderzoeksproject "Samenwerken en Verwijzen" bevat de rapportage van de tweede fase van het project en vormt daarmee tevens de afsluiting van dit project. Daarmee is niet gezegd dat de activiteiten rond het thema samenwerken en verwijzen ook worden afgesloten; er zijn op basis van het beschikbare materiaal nog meerdere publicaties gepland en wordt vervolgonderzoek naar de inhoudelijke aspecten van samenwerking voorbereid.

Ook een derde fase van het onderzoeksproject behoort nog tot de mogelijkheden. In die derde fase zou de relatie tussen samenwerken en verwijzingen naar de fysiotherapeut aan de orde moeten komen.

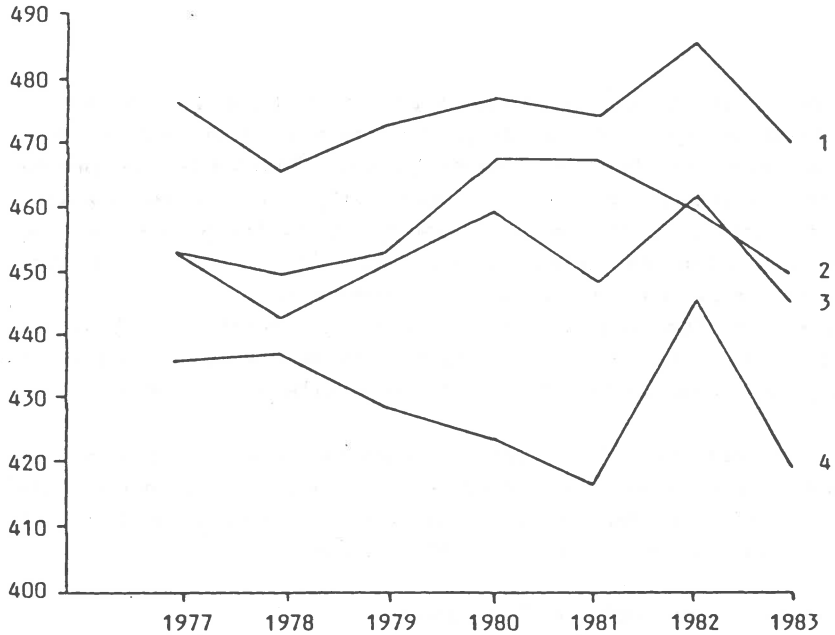
In dit rapport komen drie vraagstellingen aan bod; de plaats van die vraagstellingen binnen het onderzoek en de belangrijkste bevindingen uit de eerste twee deelrapporten willen we ten behoeve van de - niet lezers - van die rapporten hier kort weergeven.

Het project 'Samenwerken en Verwijzen'

Het onderzoeksproject vindt zijn uitgangspunt in de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra die geconstateerd werden in het Landelijke Informatie Systeem (LISZ). In de jaarlijks door de Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen gepubliceerde verwijscijfers van vier verschillende praktijkvormen, blijken de verwijscijfers van gezondheidscentra steeds aanzienlijk lager te zijn dan verwijscijfers van solo-artsen (figuur 1). Ook groepspraktijken en associaties blijken minder te verwijzen dan solo-artsen.

Op basis van deze gegevens werd gesteld dat het samenwerken en vooral het multidisciplinaire samenwerken in de eerste lijn tot besparingen in de tweedelijns leidt. (zie bijv. het FAG-rapport, 1982). Het overheidsbeleid (versterking van de eerstelijns en gelijktijdig terugdringen van de tweedelijns) lijkt dus succes te hebben. Het (met subsidies) stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden levert zijn geld op door besparingen in de tweedelijns. Niet in het minst doordat gezondheidscentra vanuit de gevestigde gezondheidszorg worden becritiseerd met politieke argumenten (de vrije artskeuze zou in gevaar komen bijvoorbeeld) werd de hierboven genoemde suggestie sterk in twijfel getrokken. Zo zouden de lagere verwijscijfers worden veroorzaakt door de situering van de gezondheidscentra in nieuwe buitenwijken met een jongere bevolking; door structurele ver-

Figuur 1 Aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar organisatievorm van de praktijk.



1 = solopraktijken

3 = tweemanspraktijken

2 = groepspraktijken

4 = gezondheidscentra

Bron: LISZ.

schillen dus (vraag 1). Los van de leeftijdsverschillen werd daarnaast verondersteld dat gezondheidscentra een gezondere patiëntenpopulatie zou hebben (vraag 2).

Naast deze veronderstellingen over de verschillen in patiëntenpopulatie werd ook geopperd dat in gezondheidscentra een sterker gemotiveerde artsenpopulatie werkzaam is met een taakopvatting die tot lagere verwijscijfers leidt. Niet de praktijkvorm, maar de artsen die "toevallig" in die praktijkvorm werken zouden verantwoordelijk zijn voor de lagere cijfers (vraag 3).

Tenslotte kan gesteld worden dat er, ook als het verschil in verwijscijfers tegen een kritische toetsing bestand is, een verklaring gezocht (en gevonden) zou moeten worden waarom de cijfers lager zijn. De concrete vraag is dan aan de orde of het samenwerken als verklaring kan worden opgevoerd (vraag 4).

Binnen het project zijn de vier hier genoemde vragen systematisch aan de orde gesteld. In eerste instantie is op basis van ziekenfondsgegevens getoetst of de verschillen in verwijscijfers bleven staan, als rekening gehouden wordt met een aantal variabelen waarvan bekend is dat ze het verwijscijfer beïnvloeden. Deze variabelen waren: afstand tot het ziekenhuis, specialistenratio, urbanisatiegraad, regio van het land, aantal ziekenfondspatiënten, gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk en vestigingsjaar van de huisarts.

De resultaten van de toetsing waren vrij eenduidig. Zowel getoetst via regressie-analyse, als door middel van "matched pairs" die zo waren samengesteld dat ze voor wat betreft de hierboven genoemde variabelen slechts minimaal verschilden, leverde het onderzoek een duidelijk verschil in verwijscijfers tussen artsen in gezondheidscentra en huisartsen in andere praktijksituaties op. Het verschil bedroeg bijna 10 %. De toetsing met behulp van de "matched pairs"-methode werd voor de jaren 1977 t/m 1980 uitgevoerd; de regressie-analyse alleen voor 1978.

Ook het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden bleek duidelijk te verschillen; opnamecijfers verschilden echter maar weinig. Bij een nadere analyse van de verwijscijfers per specialisme bleken de lagere cijfers van gezondheidscentra vooral te vinden te zijn bij "beschouwende specialismen" (interne geneeskunde, zenuw- en zielsziekten en ook gynaecologie).

Vanuit deze laatste constatering concludeerden wij dat de lagere cijfers mogelijk met een andere taakopvatting samenhangen (Wijkkel, 1983). Vraag 1 was daarmee beantwoord; de vragen 2 en 3 kwamen daarna aan de orde en worden in dit rapport behandeld (deel I en deel II), zodat we daar op deze plaats niet verder op ingaan.

Ook vraag 4 komt in dit rapport aan de orde, maar dat neemt niet weg dat over één aspect van samenwerking reeds is gerapporteerd (Wijkkel, 1984).

Het bewuste onderzoek naar samenwerking betrof echter niet de samenwerking in gezondheidscentra, maar juist de samenwerking in andere praktijksituaties. Twee vraagstellingen werden behandeld. In de eerste plaats werd nagegaan of in praktijksituaties waar - evenals in gezondheidscentra - (multidisciplinair) werd samengewerkt ook lagere verwijscijfers gerealiseerd werden.

In de tweede plaats werd nagegaan of de hoeveelheid overleg over patiëntenzorg wellicht een statistische relatie had met het verwijscijfer; op die manier zou een directe relatie tussen 'samenwerken'

en 'verwijzen' gelegd kunnen worden. De analyse met betrekking tot de eerste vraag leverde een genuanceerd antwoord op. Geassocieerde huisartsen die naast hun monodisciplinaire samenwerking ook bi-disciplinair (met één andere discipline) of multi-disciplinair (met meerdere disciplines tegelijk) samenwerkten vertoonden inderdaad lagere verwijscijfers. Bij solo-artsen kon geen relatie gelegd worden, maar leek de relatie eerder andersom te liggen.

De intensiteit van het samenwerkingsoverleg had geen duidelijke relatie met verwijscijfers. Alleen de intensiteit van de monodisciplinaire samenwerking door geassocieerde artsen leverde lagere verwijscijfers op. Geen verband werd gevonden tussen de samenwerking met fysiotherapeuten en verwijzingen naar orthopaedie en evenmin tussen samenwerking met wijkverpleegkundigen en het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten. Ook bij gezondheidscentra kon geen relatie gelegd worden tussen de intensiteit van het samenwerkingsoverleg en de hoogte van het verwijscijfer, zodat we concludeerden dat andere aspecten van samenwerking een invloed zouden kunnen hebben op verwijscijfers, of dat de onderbrenging van de verschillende disciplines in één gebouw als faciliteit noodzakelijk is voor het terugdringen van verwijscijfers.

VOORWOORD

DEEL I PATIËNTENPOPULATIES VAN DRIE PRAKTIJKVORMEN

1. INLEIDING	1
2. ONDERZOEKSMATERIAAL	2
2.1. Gezondheidsenquête	2
2.2. Variabelen in de gezondheidsenquête	3
3. RESULTATEN	5
3.1. Verschillen in patiëntenpopulaties	5
3.2. Invloed van consumptie-beïnvloedende factoren en verwijskans	11
3.3. Onderzoek Rijksuniversiteit Limburg	13
4. SAMENVATTING	15
Noten bij deel I	16

DEEL II ARTSENSELECTIE EN VERWIJSCIJFERS

1. INLEIDING	19
2. ONDERZOEKSMATERIAAL	20
2.1. Enquête adspirant-huisartsen	10
2.2. Verwijsgegevens LISZ	22
3. RESULTATEN	25
4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	28

DEEL III CASE-STUDIES SAMENWERKING

1. INLEIDING	29
--------------	----

2. ONDERZOEKSMATERIAAL	32
2.1. Negen huisartspraktijken	32
2.2. Verzamelde gegevens	33
2.3. Beschrijving van de negen huisartspraktijken	34
2.4. Materiaalverzameling	36
2.4.1. Consultregistratie	36
2.4.2. Samenwerkingsregistratie	37
2.4.3. Ziekenfondsgegevens	37
2.4.4. Betrouwbaarheid van de registratie	37
3. SAMENWERKING IN NEGEN HUISARTSPRAKTIJKEN	
3.1. Inleiding	40
3.2. Het aantal samenwerkingscontacten	40
3.3. Relatie tussen onderlinge consultatie en verwijzen	43
4. CONSULTREGISTRATIE EN DE 'MEERWAARDE' VAN SAMENWERKEN	
4.1. Inleiding	46
4.2. Cumulatie van kennis-hypothese	46
4.3. Efficiëntie-hypothese	48
4.4. Referentiegroep-hypothese	50
4.5. Onzekerheidsreductie-hypothese	51
4.6. Conclusies	53
5. samenvatting en belangrijkste conclusies	
LITERATUUR	64
BIJLAGE A Vragen uit de enquête adspirant-huisartsen	67
BIJLAGE B Gemiddelde verwijscijfers per specialisme	68
BIJLAGE C Registratieformulier	69
BIJLAGE D Samenwerkingscontacten met de eerste lijn buiten de spreekuren	70
BIJLAGE E Overleg met specialisten buiten spreekuren	77

VERANTWOORDING

Het project 'Samenwerken en Verwijzen' wordt volledig gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Ziekenfondsraad

Dhr. A.M. Bertens
Dhr. J. Bultman (voorzitter)
Mw. G.L.N. Romijn-Liem
Dhr. E. v.d. Veen
Dhr. J.Th.J. Zijderfeld

Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen

Dhr. J.W.M. Collaris
Dhr. Th. Gerritsen

Landelijke Huisartsen Vereniging

Dhr. M.P. Springer

Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra

Dhr. H. Lamberts

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Dhr. W. van Santen (tot juli 1983)
Dhr. F. Gardenbroek (vanaf juli 1983)

Nederlands Huisartsen Instituut

Mw. J.M. Bensing
Dhr. J.P. Dopheide
Dhr. D. Wijkkel

DEEL I

PATIËNTENPOPULATIES VAN DRIE PRAKTIJKVORMEN

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk zal de vraag aan de orde komen in hoeverre verschil in patiëntenpopulaties tussen gezondheidscentra en andere praktijkvormen een verklaring zou kunnen zijn voor de gevonden verschillen in verwijscijfers.

Hoewel in de eerste fase van het onderzoek al twee belangrijke kenmerken van de ziekenfondspraktijk zijn behandeld, namelijk de leeftijds- en geslachtsverdeling, kan de vraag gesteld worden of wellicht andere kenmerken van de ziekenfondspraktijk een (gedeeltelijke) verklaring voor de verschillen zou kunnen zijn.

In onderzoek waarbij gepoogd wordt verschillen in medische consumptie op individueel niveau te verklaren of te voorspellen, komen steevast variabelen als "gezondheidstoestand" en "sociaal-economische status" naar voren (Van der Zee, 1982; Van Vliet en Van de Ven, 1982).

Hoewel er tussen variabelen als "leeftijd" en "gezondheidstoestand" wel een zekere correlatie bestaat, blijkt vooral de gezondheidstoestand (consumptienoodzaak), meer nog dan de leeftijd, van belang te zijn.

Onze vraagstelling luidt dus:

- Zijn er, naast leeftijd en geslacht, verschillen aan te wijzen in praktijksamenstelling van huisartsen in gezondheidscentra, duo- of groepspraktijken en solopraktijken?
- In hoeverre kunnen de eventuele verschillen in de patiëntenpopulatie ingeschreven bij een ziekenfonds het verschil in verwijscijfers verklaren?

2. ONDERZOEKSMATERIAAL

2.1. Gezondheidsenquête CBS

Gegevens over de samenstelling van de huisartspraktijken worden, met uitzondering van de leeftijd- en geslachtsgegevens, in Nederland niet systematisch verzameld. Omdat de benodigde gegevensverzameling buiten de budgetaire mogelijkheden van het project "Samenwerken en Verwijzen" lag, is gebruik gemaakt van secundair materiaal. De jaarlijks bij een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking afgenomen gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek is in principe geschikt voor het beantwoorden van de vraagstelling betreffende de patiëntselectie. In de enquête is een vraag betreffende de praktijkvorm van de huisarts opgenomen, alsmede enkele vragen over de gezondheidstoestand. Voor onze specifieke vraagstelling heeft de gezondheidsenquête het nadeel dat deze representatief is voor de gehele bevolking, waardoor de patiënten van gezondheidscentra maar in beperkte mate geëncquêteerd zijn¹. Een meer algemeen probleem is dat de gezondheidstoestand slechts globaal gemeten is.

Om toch een redelijk grote groep patiënten van gezondheidscentra te verkrijgen, werden voor onze analyses de enquêtes van 1981 en 1982 gecombineerd². Daartegen bestaat geen bezwaar, omdat de steekproeven ieder jaar opnieuw getrokken worden. Ook is niet aannemelijk dat het gedrag of de gezondheid van de onderzochte groepen binnen een jaar aanzienlijk veranderd zou zijn. Omdat we in fase I verschillende verwijscijfers bij ziekenfondsverzekerden hebben vastgesteld, beperken we ons bij de analyse van de gegevens uit de gezondheidsenquête ook uitsluitend tot de respondenten, die ingeschreven zijn bij een ziekenfonds.

We zijn immers geïnteresseerd in de vraag of de verschillen in de ziekenfondsverwijscijfers verklaard kunnen worden uit verschillen in de populatie ziekenfondsverzekerden. Mochten de particuliere patiënten van gezondheidscentra juist gezonder zijn dan patiënten van andere huisartsen, dan zou men bij een analyse van het totale aantal respondenten tot verkeerde conclusies kunnen komen. Over het verwijsniveau van particuliere patiënten is bovendien geen landelijk vergelijkingsmateriaal aanwezig.

2.2. Variabelen in de gezondheidsenquête

Bij het gebruik van secundair materiaal wordt men uiteraard beperkt in de keuze en de inhoud van de variabelen. We noemden hiervoor al de globaal gemeten gezondheidstoestand. De vraag "hoe is over het algemeen Uw gezondheidstoestand?" geeft een globale en subjectieve beoordeling van de gezondheidstoestand. Om die reden geeft zo'n variabele meer inzicht in de persoonlijkheid van de betrokkene dan in zijn gezondheidstoestand (Mootz, 1984). Wanneer een respondent gezond zegt te zijn, mag een negatief effect op het aantal huisartsconsulten worden verwacht (Van Vliet en Van de Ven, 1982; Mootz, 1984). Ook zal de kans op een doorverwijzing kleiner zijn. In de regressievergelijking van de kans op een specialistencontact vonden Van Vliet en Van der Ven een duidelijk negatief effect. De ervaren gezondheidstoestand werd door ons in twee categorieën ingedeeld, waarbij de categorieën "gaat wel" tot "slecht" werden samengenomen. Als een respondent één of meerdere chronische aandoeningen heeft, wordt door alle onderzoekers een sterk verhoogde kans op een huisarts- of specialistencontact gevonden (Mootz, 1984; Van Vliet en Van de Ven; Van der Zee, 1982). In de CBS-enquête heeft de respondent de mogelijkheid meerdere chronische aandoeningen te melden. Deze aandoeningen variëren aanzienlijk in ernst. Om die reden werden de aandoeningen door ons in drie categorieën ingedeeld, evenals bij Van der Zee (1982, p. 56). In de eerste categorie vallen aandoeningen als spataderen en aambeien; in de tweede categorie aandoeningen als breuken en nierstenen en in de derde bijvoorbeeld tbc en hartafwijkingen. Bij meerdere aandoeningen werden de scores opgeteld, waarna het aantal categorieën tot drie werd teruggebracht: a. geen enkele aandoening, b. aandoeningen van lichte tot matige ernst (scores 1 en 2) en c. ernstige aandoeningen of meerdere aandoeningen van lichte tot matige ernst (scores 3 en hoger).

Bij de hierboven genoemde auteurs komt nog een aantal andere gezondheidsvariabelen aan bod; namelijk de VOEG-score; de tevredenheid met de eigen gezondheid en het aantal dagen dat men bedlegerig was. Met uitzondering van het laatste gegeven komen deze variabelen niet in de gezondheidsenquête voor. Bedlegerigheid blijkt uiteraard een sterke positieve relatie met huisartscontact te hebben.

Een aantal persoonskenmerken en omgevingsfactoren blijken eveneens van invloed te zijn op de medische consumptie.

De leeftijd en het geslacht van de patiënt behoeven geen nadere uitleg. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd worden als aparte groep met een verhoogde consumptie van huisartscontacten aangemerkt. Ook een

aantal variabelen die representant zijn van Sociaal-Economische Status worden met wisselend succes als verklaring voor medische consumptie gebruikt.

Van Vliet en Van de Ven vonden een negatieve invloed van het aantal werkuren op het aantal huisartscontacten, en geen significante invloed van opleiding en gezinsinkomen.

Mootz vond geen significante relatie met opleidingsniveau. De variabele "Sociaal-Economische Status (SES)", gebruikt door Van der Zee, leverde ook geen significante bijdrage aan de verklaring van doktersbezoek. Omdat verondersteld wordt dat de populatie van gezondheidscentra juist wat de SES betreft afwijkt van de populaties van andere praktijkvormen, is deze variabele voor ons toch van belang. We hebben uit de gezondheidsenquête het inkomens- en opleidingsniveau van het gezin genomen.

De gezinsgrootte, of het deel uitmaken van een "volledig gezin" blijkt een negatieve relatie met doktersbezoek te hebben (Van Vliet en Van de Ven). De grotere ervaring in een groter gezin met allerlei ziekten en lichamelijke klachten zou daarvoor de verklaring zijn.

De burgerlijke staat en dan vooral het gescheiden of verweduwd zijn, kan ook van invloed zijn op het huisartsbezoek (Van der Zee). Deze groepen zouden een verhoogde kans daarop hebben.

In onderzoek naar verwijscijfers op geaggregeerd niveau hebben variabelen als afstand tot ziekenhuis, specialistendichtheid en urbanisatiegraad een significante regressie-coëfficiënt. Deze variabelen zijn in fase I van dit onderzoek uitgebreid aan de orde geweest, evenals de verschillen voor de diverse praktijkvormen, zodat we hier kunnen volstaan met te verwijzen naar het rapport 'Praktijkvorm en Productiecijfers' (Wijkkel, 1983).

3. RESULTATEN

Van de belangrijkste variabelen die in het vorige hoofdstuk besproken zijn, zullen we nagaan in hoeverre er verschillen te constateren zijn tussen patiënten die ingeschreven staan bij drie praktijkvormen. Daarna zal aandacht worden geschonken aan de vraag of de geconstateerde verschillen een verklaring kunnen zijn voor het aantal huisartscontacten en het aantal verwijzingen van de praktijkvormen.

3.1. Verschillen in patiëntenpopulaties

In de gezondheidsenquête wordt aan de respondent gevraagd hoe de huisarts werkt. De drie antwoordcategorieën zijn de volgende:

- in een gezondheidscentrum met tenminste een maatschappelijk werkster.
- samen met andere huisarts(en) in één gebouw.
- praktijk alleen.

In de hierna volgende tabellen vinden we deze categorieën terug als gezondheidscentrum, geassocieerde artsen en solopraktijk. De categorie "geassocieerde artsen" is enigszins heterogeen samengesteld, aangezien zowel duopraktijken als groepspraktijken en ook solo-artsen met een assistent kunnen worden bedoeld.

In tabel 3.1 zijn de persoonsvariabelen samengevat. Wat het **geslacht** betreft zijn er geen verschillen. Wél blijkt ook hier dat de patiënten van gezondheidscentra gemiddeld genomen wat **jonger** zijn dan patiënten van solo-artsen. Vooral oudere patiënten zijn bij gezondheidscentra ondervertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 34.6 jaar voor solo-praktijken en 32.5 jaar voor zowel associaties als gezondheidscentra. Dit verschil is statistisch significant en vergelijkbaar met de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijken, zoals we die in de eerste fase van het onderzoek berekenden (Wijkkel, 1983, blz. 29).

Ook wat betreft de **burgerlijke staat** en het **type huishouden** zijn er verschillen. Het percentage ongehuwden is bij gezondheidscentra iets hoger; dat zijn vooral jongeren. Daarentegen is het aantal echtparen zonder inwonende kinderen beduidend lager bij de centra en de overige samenwerkingsvormen.

Tabel 3.1.: verdelingen van belangrijke persoons- en gezins kenmerken per praktijkvorm. Alleen ZF-verzekerden.

	Gezondheids- centrum n = 654	Associaties en groepsprakt. n = 3350	Solo- praktijken n = 9661
GESLACHT			
mannen	48.5	49.0	48.0
vrouwen	51.5	51.0	52.0
LEEFTIJD			
0-14 jr.	21.4	22.7	21.3
15-44 jr.	51.1	49.2	46.3
45 en ouder	27.5	28.1	32.4
BURGERLIJKE STAAT			
Gehuwd	47.4	49.8	49.8
Gescheid./weduwe	7.5	6.7	7.9
Altijd al ongeh.	45.1	43.5	42.4
TYPE HUISHOUDEN			
Echtp.+ kinderen	63.9	67.6	63.1
echtp. alleen	15.4	16.1	18.3
Alleenstaande	5.7	5.9	7.2
Overig	15.0	10.4	11.4
INKOMENSNIVEAU IN HUISHOUDEN			
Tot f 22.000,=	20.9	23.0	24.0
f 22.000-f31.000	21.1	30.1	28.3
Meer dan f31.000	24.8	17.0	16.0
Onbekend/weigert	33.2	29.9	31.7
HOOGSTE OPLEID. BEHAALD IN GEZIN			
Lager onderwijs	13.1	13.1	16.7
LAVO-MAVO	34.1	38.1	37.8
HAVO-MBO	41.3	36.6	36.9
HBO-universiteit	11.5	13.1	8.5

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

De categorie "overig" komt bij gezondheidscentra het meest frequent voor; dat zijn voornamelijk één-oudergezinnen.

Het **inkomensniveau** in het huishouden (dat wil zeggen het inkomen van het hoofd van het huishouden gecombineerd met het inkomen van de partner) is duidelijk hoger bij respondenten die ingeschreven staan bij een gezondheidscentrum. Het laagste inkomensniveau treffen we aan bij de solo-praktijken.

Datzelfde beeld treffen we aan bij het **opleidingsniveau** in het gezin; de verschillen zijn statistisch significant. Omdat van veel respondenten geen gegevens beschikbaar zijn met betrekking tot de hoogst genoten opleiding, simpelweg omdat men nog op school zit, werd hier als indicatie voor de Sociaal Economische Status de hoogst behaalde opleiding in het gezin gekozen.

Zoals uit tabel 3.1 blijkt, was het gezinsinkomen van tenminste 30 % van de respondenten onbekend. Om die reden kozen we voor de verdere analyses de hoogst behaalde opleiding als indicator voor de Sociaal Economisch Status.

Het beeld dat door deze gegevens wordt opgeroepen is dat de patiëntenpopulatie van gezondheidscentra op een aantal punten significant afwijkt van de populatie van artsen in andere praktijken. Naast de gemiddeld jongere leeftijd maken de patiënten van gezondheidscentra vaker deel uit van een gezin waar het opleidingsniveau en daarmee ook het inkomen beter is dan van de patiënten ingeschreven bij andere praktijken.

Groot zijn de verschillen in deze persoons- en gezinskenmerken echter niet; ze kunnen gezien het onderzoek op basis van het leefsituatie-onderzoek 1977 slechts tot kleine verschillen in medische consumptie leiden.

Belangrijker in termen van verklaring voor verschil in medische consumptie zijn de variabelen die "consumptienoodzaak" meten (tabel 3.2 zie volgende pagina).

De patiënten van gezondheidscentra blijken zichzelf iets vaker met een goede gezondheid te zien dan patiënten van andere huisartsen. Daarentegen hebben ze iets vaker een lichte chronische aandoening. De verschillen zijn echter klein en niet significant.

Wat betreft het aantal respondenten dat in de drie maanden voorafgaand aan het interview één of meer dagen in bed heeft gelegen, is ook geen verschil aanwezig; steeds is 4% van de ondervraagde patiënten bedlegerig geweest.

Tabel 3.2.: ervaren gezondheidstoestand en mate van chroniciteit van ziekenfondspatiënten, ingeschreven bij artsen met drie praktijkvormen (procenten).

	Gezondh. centrum	Geassoc. artsen	Solo- artsen
Ervaren gezondheid			
- Goed	80.6	78.9	78.2
- Gaat wel tot slecht	19.4	21.1	21.8

Mate van chroniciteit			
- Geen chron.aandoening	74.8	75.5	75.1
- Lichte chron.aandoening	16.1	14.2	14.5
- Ernstige of meerdere lichtere aandoeningen	9.2	10.0	10.4
N =	654	3350	9661

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

In tabel 3.3 (zie volgende pagina) is weergegeven hoeveel huisartscontacten de respondenten hadden in de drie maanden voor het interview. Gezien de verdeling van de hiervoor besproken variabelen is het verrassend te noemen dat de respondenten ingeschreven bij gezondheidscentra iets meer bij hun huisarts zijn geweest dan de andere respondenten (niet significant).

Het verschil wordt iets groter wanneer huisartscontacten in verband met pilcontrole of herhalingsrecepten van het aantal contacten worden afgetrokken; 58.7 % van de respondenten van gezondheidscentra blijken dan geen bezoek aan de huisarts te hebben gebracht tegen 61.2 en 62.4 % van de respondenten van geassocieerde en solo-artsen. Het bezoek aan een huisarts is niet altijd afhankelijk van de persoon van de patiënt. Ook de huisarts kan een belangrijke rol spelen in de contact-frequentie; hij/zij kan patiënten immers terugbestellen.

De directe invloed van de huisarts is te vinden in tabel 3.4 (zie volgende pagina), waar de initiatiefnemer van het contact is weergegeven. Deze tabel is ook interessant omdat het terugbestellen wordt

Tabel 3.3.: aantal huisartscontacten van ziekenfondspatiënten in de drie maanden voorafgaand aan het interview.

	Gezondh. centrum	Geassoc. artsen	Solo- artsen
Geen contact	56.6	58.1	59.1
Eén contact	27.1	25.3	25.8
Twee of meer contacten	16.4	16.3	14.7
N =	654	3350	9661

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

gezien als substitutie voor een verwijzing (Van Vliet en Van de Ven, 1982; Van der Zee, 1982).

Tabel 3.4: Initiatief tot het bezoeken van de huisarts per praktijkvorm (ziekenfondspatiënten; procenten).

	Gezondh. centrum	Geassoc. artsen	Solo- artsen
Eigen initiatief	73.1	68.9	69.1
Herhalingsbezoek	23.2	27.8	27.9
Doorverwezen door anderen	3.7	3.3	3.0
(aantal consulten) N =	475	2374	6351

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

Het lagere percentage herhalingsconsulten van de respondenten ingeschreven bij gezondheidscentra geeft aanleiding tot twee opmerkingen: in de eerste plaats kan de grotere consumptie van huisartscontacten bij gezondheidscentra niet verklaard worden uit de handelwijzen van artsen⁵. Ten tweede blijkt het herhalingsconsult door artsen in gezondheidscentra niet duidelijk gebruikt te worden als verwijs-substitutie.

Naast het herhaalconsult wordt het doen van diagnostisch onderzoek als mogelijkheid gezien het aantal verwijzingen naar specialisten te

verminderen (Dopheide en Van der Zee, 1980).

Tabel 3.5 wijst op een iets hoger gebruik van diagnostiek door artsen in gezondheidscentra. Het gaat hier evenwel slechts om kleine aantallen. Dat geldt ook voor de verwijzingen naar specialisten. Het lagere aantal verwijzingen bij patiënten van gezondheidscentra en associaties t.o.v. solo-artsen is statistisch gezien niet significant. Omgerekend naar aantallen verwijskaarten per 1000 patiënten per jaar, zijn de cijfers voor gezondheidscentra, associaties en solo-artsen resp. 226, 236 en 257. Geen grote verschillen, maar we moeten bedenken, dat het in de CBS-enquête voornamelijk zogenaamde actieve verwijzingen betreft.

Ter relativisering van het geringe aantal "verwijzingen" naar wijkverpleging en maatschappelijk werk merken we op dat naar deze hulpverleners niet verwezen hoeft te worden.

Tabel 3.5.: verwijzingen en gebruik diagnostische voorzieningen van ZF-patiënten met tenminste één bezoek aan de huisarts.*

"Verwijzing" naar:	Gezondheids- centrum		Duo- en groeps- praktijken		Solo-artsen	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Specialist/ polikl.**	37	13.1	198	14.3	621	16.0
Fysiotherap.	7	2.5	47	3.4	90	2.3
Wijkverpl.	0	0.0	1	0.1	1	0.0
Maatsch.werk	1	0.4	3	0.2	2	0.1
Andere instell.	1	0.4	25	1.8	25	0.6
Röntgenfoto's	13	4.6	25	3.3	103	2.6
Laboratorium	8	2.8	13	0.9	51	1.3
N =	283		1385		3891	

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

* Eén patiënt kan meerdere contacten met de huisarts hebben gehad en dus ook meerdere keren verwezen zijn. De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten.

** Inclusief verwijzingen, die gepaard gaan met een opname.

3.2. invloed van consumptie-beïnvloedende factoren op huisartsbezoek en verwijskans

In de eerste plaats presenteren we hier een regressievergelijking van het aantal huisartscontacten en het verwijsgedeelte. Daarna zullen de variabelen die een grote invloed op het huisartscontact en het verwijsgedeelte hebben, worden gebruikt om beide afhankelijke variabelen te "corrigeren".

Het resultaat van de regressie-analyse is weergegeven in tabel 3.6 (zie volgende pagina). Zoals we hiervoor al besproken hebben, zijn in de analyses alle ziekenfondspatiënten betrokken.

Duidelijk blijkt uit de regressie-vergelijking van het aantal huisartscontacten dat de variabelen die de consumptienoodzaak meten, een belangrijke rol spelen. De burgerlijke staat en de grootte van het huishouden verklaren daarnaast nog een deel van de variantie. De regressie-coëfficiënten van de dummy-variabelen "geassocieerde huisarts" en "gezondheidscentrum" blijken niet significant te zijn.

De regressie-vergelijking van het verwijsgedeelte levert weinig significante resultaten op. Naast het aantal huisartscontacten vertoont alleen de subjectieve gezondheidstoestand een significante regressie-coëfficiënt. Deze uitkomst is niet zo verwonderlijk als we bedenken dat de afhankelijke variabele nogal scheef verdeeld is. Nog geen 6% van de respondenten is verwezen. De resultaten van deze vergelijking verschillen niet wezenlijk van die van Van de Ven en Van Vliet.

Ook Geurts en Van Doorslaer (1984) vinden vergelijkbare resultaten. Hun interpretatie van de resultaten, namelijk dat moet worden betwijfeld of de huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen, lijkt ons voorbarig gezien de niet significante β in de regressie-vergelijking. We komen hierop in de volgende paragraaf terug. Van belang is de vraag in hoeverre de verschillen in patiëntenpopulaties de hier aanwezige verschillen kunnen (weg)verklaren. Voor dat doel "corrigeren" we het aantal huisartscontacten en het verwijsgedeelte voor de variabelen, die in de regressie-vergelijking een significante regressie-coëfficiënt vertoonden.

Het aantal huisartscontacten werd gecorrigeerd voor de variabelen gezond, chroniciteit, burgerlijke staat, vrouwen 15 tot 45 jaar en grootte van het huishouden. Het verwijsgedeelte werd gecorrigeerd

Tabel 3.6: Resultaten van de stapsgewijs uitgevoerde regressie-analyse van het aantal huisarts contacten en de verwijzing naar medische specialisten.

Onafhankelijke variabelen	Huisartscontact		Verwijzing naar special.	
	0 = geen 1 = één 2 = twee of meer		0 = nee 1 = ja	
	B	T	B	T
Gezond	.43	24.7	.035	6.8
Chronisch	.13	12.2	0	0
Vrouwen 15 tot 45 jr.	.19	13.0	0	0
Leeftijd	0	0	0	0
Ongehuwd	-.06	4.4	0	0
Gescheiden of weduwe	.09	3.8	0	0
Grootte van huishouden	-.03	7.2	0	0
Opleiding	0	0	0	0
Associatie	0	0	0	0
Gezondheidscentrum	0	0	0	0
Afstand tot ziekenhuis	-	-	0	0
Specialistendichtheid	-	-	0	0
Huisartscontact	-	-	-.097	35.9
Constante	.08	2.8	-.029	4.9
N = 13.778	R ² = .135		R ² = .107	

(0 = niet significant; - = niet in de vergelijking opgenomen).

voor aantal huisartscontacten, gezond en leeftijd van de respondent (tabel 3.7 zie volgende pagina).

Wanneer we in het oog houden dat de verschillen voor de drie praktijkvormen niet significant zijn en dus op toeval kunnen berusten, kunnen we constateren dat het aantal huisartscontacten bij huisartsen in gezondheidscentra nog iets groter wordt wanneer met verschillen in afhankelijke variabelen rekening wordt gehouden. Door het grote aantal huisartscontacten wordt het verwijzingspercentage iets verlaagd.

verwezen kan worden, wanneer hij/zij de huisarts consulteert. Er zijn echter argumenten aan te voeren waarom toch beter alle respondenten tot de analyses toegelaten kunnen worden. De kans bestaat namelijk dat patiënten van gezondheidscentra een ander "hulpzoekgedrag" hebben. Ze kunnen vaker dan gemiddeld, of juist minder vaak, hun huisarts consulteren.

Tenslotte geldt dat de ziekenfondsverwijscijfers ook worden berekend over de totale praktijkpopulatie, ongeacht of men de huisarts bezoekt of niet. Voor ons voldoende aanleiding om de regressievergelijking van het verwijscijfer voor alle respondenten (verzekerd bij een ziekenfonds) te specificeren met "huisartscontact" als verklarende variabele.

Er is nog een andere selectie van Van Doorslaer en Geurts die we niet volgen. De Maastrichtse onderzoekers selecteren alleen de respondenten uit gemeenten waar tenminste één gezondheidscentrum is gevestigd. Het idee dat de patiënten in die plaatsen voor wat betreft huisartsenhulp hebben gekozen voor een gezondheidscentrum of een solo-arts is niet reëel. In de eerste plaats is er een aantal gemeenten waar gezondheidscentra een monopoliepositie hebben³. In de tweede plaats zijn de gezondheidscentra in grote steden voor de meeste inwoners vanwege de soms grote afstanden geen reële mogelijkheid. De representativiteit van de CBS-enquête wordt door deze selectie waarschijnlijk geweld aangedaan (oververtegenwoordiging van de grote steden).

Tot slot willen we nog melding maken van twee punten van kritiek op het werk van Van Doorslaer en Geurts. In de eerste plaats worden ziekenfonds- en particuliere patiënten in één analyse opgenomen⁴, zodat uitspraken over de hoogte van ziekenfondscijfers niet goed mogelijk zijn. Met name de rol die variabelen als de "hoogte van het inkomen" en de dummy-variabele "eigen bijdrage voor specialistenhulp" in de verklaring van het verwijsgegeven spelen, wijst daar op. In de tweede plaats worden tamelijk pertinente uitspraken gedaan op basis van een regressievergelijking waarin nog geen 2 % van de variantie wordt verklaard. Wanneer in zo'n vergelijking ook een structurele variabele als "afstand tot ziekenhuis", die in elk onderzoek op geaggregeerd niveau een rol speelt, geen bijdrage aan de verklaring levert, dan moet getwijfeld worden aan de bruikbaarheid van de CBS-enquête voor dit doel.

4. SAMENVATTING

De verschillen in patiëntenpopulaties van de drie besproken praktijkvormen waren in enkele gevallen significant, maar niet zo groot dat van een duidelijk invloed op de medische consumptie gesproken kan worden. Het verschil in leeftijdsopbouw was geen verrassing: al in de eerste fase van het onderzoek bleek dat verschil aanwezig. De gebleken verschillen in burgerlijke staat en gezinssamenstelling zijn voor een deel op die leeftijdsverschillen terug te voeren. Het opleidingsniveau en het gezinsinkomen van de patiënten van gezondheidscentra was hoger dan bij solo- en duopraktijken.

Wat betreft de variabelen die 'consumptienoodzaak' meten was er geen duidelijk verschil tussen patiënten van de drie praktijkvormen. Tegen de verwachting in gingen de patiënten van gezondheidscentra iets vaker naar de huisarts dan andere patiënten, het verschil was echter niet significant.

Het percentage huisartscontacten op initiatief van de patiënt (eerste contacten) was bij de gezondheidscentra groter dan bij de andere praktijkvormen. De conclusie lijkt dan ook gerechtvaardigd dat de patiënten van gezondheidscentra niet gezonder zijn dan patiënten van andere huisartsen.

Het gebruikte materiaal laat geen duidelijke conclusies toe over het verwijsgedrag van huisartsen. Er zijn aanwijzingen dat artsen in gezondheidscentra mogelijk meer diagnostische verrichtingen laten doen. Aangezien diagnostische verrichtingen wel als substitutie voor een verwijzing worden gezien, kan daarin een mogelijk verklaring voor het lagere ziekenfondsverwijscijfer gezocht worden.

NOTEN

1. De gezondheidsenquête is een gezinsenquête, waarbij de vragen bij afwezigheid van de te enquêteren personen door een familielid worden beantwoord. Alle in Nederland wonende personen kunnen in de steekproef vallen met uitzondering van de bevolking in "inrichtingen". Ook in Nederland woonachtige buitenlanders worden geënuquêteerd.

Voor wat betreft de bezoeken aan huisartsen en specialisten in de drie maanden voorafgaand aan het interview, is sprake van enige onderrapportage. Zie voor een uitvoerige verantwoording van de door het CBS gevolgde enquête-methode: Sonsbeek en Stronkhorst, 1985.

2. Aanvankelijk werden de analyses alleen op de enquête van 1981 uitgevoerd. Omdat de verschillen in dat bestand te klein bleken om tot significante resultaten te komen, werd besloten het bestand te "verdubbelen" (zie voor een rapportage over 1981: Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken; in de symposiumbundel "De eerste lijn onderzocht", NIVEL 1985).

3. De bewoners van woonplaatsen waar de gezondheidszorg geheel vanuit gezondheidscentra wordt verzorgd, hebben geen reële huisartsenkeuze. Van dit gegeven gebruikmakend hebben we de verwijscijfers uit 1978 van de betreffende gezondheidscentra vergeleken met de cijfers van centra in woonplaatsen waar ook andere praktijkvormen zijn gevestigd.

Gemiddeld waren de resultaten van de laatste groep centra wel iets beter dan van de monopolistische centra; statistisch significant was het verschil echter niet (zie Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans en solo-praktijken, Wijkkel, 1985; in de symposiumbundel "De eerste lijn onderzocht").

4. De regressie-vergelijking voor de CBS-enquête 1981 zag er als volgt uit (zie volgende pagina):

5. Een verklaring voor het grotere huisartsbezoek kan wellicht gevonden worden in de ernst van de klachten waarmee de respondenten naar de huisarts gaan. In de CBS-enquête wordt weliswaar naar de reden van het huisartscontact gevraagd, maar aangezien het aantal klachtcategorieën klein is en het percentage klachten dat bij "overige" is geclassificeerd groot, geeft dat gegeven weinig houvast. Aangezien het percentage "overigen" bij patiënten van ge-

Dummy: verwezen indien één of
meer huisartscontacten

	B	T
-leeftijd	$-.555 \times 10^{-3}$	1.34
-dummy vrouw 18 tot 45 jr.	-.0385	2.26
aantal personen in huish.	.0045	.27
huishoudinkomen	.0066	2.47
opleiding	.0104	.61
-dummy gezondheidscentrum	-.0118	.36
-dummy duo- of groepsprakt.	-.0054	.34
chronische aandoening	.0164	.86
-dummy redelijke gezondheid	.0747	3.94
-dummy wisselende gezondh.	.1124	4.27
-dummy slechte gezondheid	.0858	2.04
-dummy eigen bijdrage		
specialistenzorg	-.0115	.55
huisartsdichtheid	-.1463	1.54
beddendichtheid	-.0079	1.53
afstand tot ziekenhuis	$.165 \times 10^{-3}$.002
Constante	.1722	

N = 2658

R² = .0212

Bron: Geurts en Van Doorslaer (1984)

zondheidscentra het hoogst is en de klachtcategorieën in de CBS-enquête nogal somatisch gericht zijn, is het mogelijk dat deze patiënten relatief vaker met psychosociale klachten hun huisarts bezoeken.

DEEL II

ARTSENSELECTIE EN VERWIJSCIJFERS

1. INLEIDING

Huisartsen in gezondheidscentra blijken wat hun taakopvatting betreft enigermate af te wijken van andere huisartsen. Verhaak kon, op basis van een enquête, onder 249 respondenten vaststellen dat artsen in gezondheidscentra in een aantal opzichten meer huisartsgeneeskundige opvattingen hebben: "Artsen die met anderen in een samenwerkingsrelatie zitten, zijn meer de mening toegedaan dat een huisarts zekere risico's moet aandurven (en niet alles specialistisch laten onderzoeken), de patiënten meer inbreng moet gunnen en controle van buitenaf moet tolereren, dan artsen die solistisch werken (Verhaak, 1984). In een onderzoek gebaseerd op huisartsconsulten die op video zijn vastgelegd, constateerde Sanavro dat artsen die in gezondheidscentra werken meer aan "vraagverheldering" doen en dat de klachten ook meer uitgediept worden en tenslotte neemt men ook meer tijd voor de patiënt. Verschillen in klachtaanbod, het gebruik van diagnostiek of het terugbestellen konden niet vastgesteld worden (Sanavro, 1985).

Hoe die andere taakopvatting en handelwijze tot stand komt kon in deze onderzoeken niet worden vastgesteld. Wel kan gezegd worden dat er in de hier beschreven taakopvattingen enige raakpunten zijn te vinden met de filosofie die door gezondheidscentra wordt uitgedragen. De vraag komt nu op of de huisarts een bepaalde taakopvatting heeft en zich daarom in een gezondheidscentrum vestigt, of dat de huisarts een bepaalde taakopvatting heeft gekregen, nadat hij/zij in een gezondheidscentrum is gaan werken. Een relatie tussen taakopvatting danwel taakuitoefening en verwijscijfers is vastgesteld door Dopheide (1982) en ook in de eerste fase van dit project (Wijkel, 1984). Bij deze relatie was echter sprake van taakuitoefening met betrekking tot een aantal omschreven somatische aandoeningen. Of er een relatie is tussen taakopvatting en taakuitoefening, zoals gehanteerd door Sanavro en Verhaak is nog onbewezen.

In dit hoofdstuk willen we de vraag beantwoorden of de huisartsen die in een gezondheidscentrum willen werken een groep vormen, die zich ook na vestiging als huisarts onderscheidt van andere artsen voor wat betreft het verwijscijfer. Als de taakopvatting van die groep bepalend is voor de hoogte van het verwijscijfer eerder dan de samenwerking, dan zal deze groep ook lagere verwijscijfers hebben wanneer men zich - door het beperkte aantal vestigingsplaatsen in gezondheidscentra gedwongen - in een solopraktijk vestigt.

2. ONDERZOEKSMATERIAAL

2.1. Enquête aspirant-huisartsen

Sinds 1980 wordt door het NIVEL (voorheen NHI) aan alle artsen die hun huisartsenopleiding hebben voltooid maar zich nog niet gevestigd hadden, een enquête gestuurd, waarin naast veel vragen over het zoekgedrag van de aspirant-huisartsen, ook twee vragen zijn opgenomen over de gewenste praktijkvorm (zie ook bijlage A).

Deze vragen waren respectievelijk:

- Richt U zich bij het zoeken naar een praktijk op een bepaald soort vestiging of maakt het niet uit op wat voor wijze U zich zult vestigen?
- Richt U zich bij het zoeken naar een praktijk op een bepaalde vorm van praktijkuitoefening?

De acht antwoordcategorieën van de eerste vraag sluiten elkaar niet uit, maar in de enquête wordt niet goed aangegeven of één of meerdere categorieën aangekruist mogen worden. De antwoordcategorieën van de tweede vraag zijn wel uitsluitend, maar de voor ons doel interessante categorie 'samenwerkingsverband' omvat teveel mogelijkheden (associatie, groepspraktijk, gezondheidscentrum of assistent bij een andere arts).

Om de gegevens uit de enquête voor ons doel geschikt te maken, werd de volgende procedure gehanteerd:

- Artsen werden als solo-arts gekenmerkt, als ze bij de gewenste praktijkvorm 'solo' hadden aangekruist en bij de vestigingsvorm 'maakt niet uit', 'overname', 'gesteunde vrije vestiging' of 'niet gesteunde vrije vestiging'. Als 'assistent' was aangekruist werd de respondent echter niet in deze categorie geplaatst.
- Als associatie-arts werden twee groepen aangemerkt.
 - 1e: Als men bij praktijkvorm 'samenwerking' had aangekruist en bij de vestigingsvorm 'maakt niet uit'.
 - 2e: Als men bij gewenste vestigingswijze 'associatie' had aangekruist, tenzij men bij praktijkvorm 'solo' had ingevuld.
- Men werd bij gezondheidscentrum ingedeeld als men 'gezondheidscentrum' had aangekruist (ongeacht wat er verder nog was ingevuld), of als men 'dienstverband' had gekozen. Van deze laatste mogelijkheid werden respondenten die daarnaast 'solo', 'associatie' of 'assistent' hadden ingevuld uitgesloten.

- De overige respondenten werden in een restcategorie ondergebracht.

We hebben gebruik gemaakt van de enquêtes van 1980 tot en met 1983, waarbij we alleen respondenten selecteerden die zich voor juli 1983 hadden gevestigd. Sommige respondenten hadden twee enquêtes ingevuld, wanneer ze langer dan één jaar naar een praktijk gezocht hadden.

Over het algemeen waren de respondenten consistent in hun gewenste praktijkvorm. In tabel 2.1. vindt men een vergelijking tussen de voorkeur van de respondenten die in 1981 en in 1982 een enquête invulden. Duidelijk is te zien dat de verschuivingen niet spectaculair zijn. Een vergelijking tussen 1980 en 1981 is wat problematischer, omdat in de vraag naar gewenste vestigingsvorm in de vragenlijst van 1980 het gezondheidscentrum als voorgestructureerd antwoord ontbrak. De grootste consistentie vertoont de groep die in 1982 aangaf in een gezondheidscentrum te willen werken. 92% van deze groep wilde ook in 1981 in een gezondheidscentrum werken. Van de andere kant bekeken is de consistentie van de groep die in 1981 in een gezondheidscentrum wilde minder; 34 % wil in 1982 iets anders, of geeft dan op geen voorkeur te hebben. Gezien het geringe aantal vestigingsmogelijkheden in gezondheidscentra is dat een begrijpelijke verschuiving.

Tabel 2.1.: Gewenste praktijkvorm van respondenten die zowel de vragenlijst in 1981 als in 1982 hebben ingevuld.

Gewenste praktijkvorm 1982									
Gewenste praktijkvorm	Solo		Assoc.		Gezondh. centrum		Geen voorkeur		Totaal
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
1981									
Solo	7	58	2	9	1	4	1	7	11
Associatie	0	0	11	50	0	0	3	17	14
Gezondh.cent.	1	8	5	23	23	92	6	33	35
Geen voorkeur	4	33	4	18	1	4	8	44	17
Totaal	12	100	22	100	25	100	18	100	77

In tabel 2.2. vinden we een overzicht van de gewenste praktijkvorm per jaar.

Tabel 2.2.: Gewenste praktijkvorm van adspirant-huisartsen, gevestigd vóór juli 1983, per jaar.

Gewenste praktijkvorm	1980		1981		1982		1983	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Solo	50	17	36	17	28	18	14	27
Associatie	119	41	45	22	47	31	13	25
Gez.h.cent.	52	18	82	40	43	29	15	29
Geen voorkeur	67	23	43	21	33	22	10	19
Totaal	288	100	206	100	151	100	52	100

Om de al eerder genoemde reden is het aantal respondenten dat in 1980 bij 'gezondheidscentrum' viel te coderen kleiner dan in latere jaren. Het percentage 'solo' en 'geen voorkeur' blijft door de jaren heen wel constant, maar tussen 'associatie' en 'gezondheidscentrum' vinden steeds verschuivingen plaats.

Naast de gewenste praktijkvorm konden we ook beschikken over de gerealiseerde praktijkvorm van de huisartsen. In tabel 2.3. hebben we de gewenste praktijkvorm (bij meerdere ingevulde enquêtes werd de laatste genomen) en de gerealiseerde praktijkvorm weergegeven (zie volgende pagina).

Van de wensen op het gebied van de praktijkvorm blijkt de solopraktijk het meest daaraan tegemoet te kunnen komen. Het minst wordt het gezondheidscentrum volgens wens gerealiseerd.

2.2. Verwijsgegevens LISZ

De benodigde verwijsgegevens werden van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen betrokken. De Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen stelde daarbij de voorwaarde dat de betreffende huisartsen de VNZ schriftelijk zou machtigen deze gegevens aan het NIVEL te mogen verstrekken. De huisartsen werden maximaal drie keer benaderd

Tabel 2.3.: Gewenste en gerealiseerde praktijkvorm (tot 1 juli 1983)

Gewenste praktijkvorm	Gerealiseerde praktijkvorm						
	Solo		Associatie groepsprakt.		Gezondh. centrum		Totaal
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs
Solo	79	78	20	20	2	2	101
Associatie	68	42	74	46	19	12	161
Gezondheidscentrum	29	24	46	37	48	39	123
Geen voorkeur	80	70	31	27	3	3	114
Totaal	256	51	171	34	72	14	499

met het verzoek een machtigingsformulier te willen tekenen. Uiteindelijk bleek 59,2 % van de aangeschreven artsen geen bezwaar te maken tegen het gebruik van de LISZ-gegevens voor dit onderzoek. Om te kunnen nagaan of de weigeraars wellicht duidelijk hogere cijfers vertoonden dan de huisartsen die wel mee wilden werken, werd ons door de VNZ het gemiddelde verwijscijfer van alle geselecteerde artsen verstrekt. Dat bleek 447 verwijaskaarten per 1000 patiënten te zijn.

Aangezien het gemiddelde cijfer van de huisartsen die meewerkten 441 was, kon het gemiddelde cijfer van de weigeraars vastgesteld worden. Dezelfde procedure werd gevolgd voor het aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten en het percentage 65-plussers daarvan.

In tabel 2.4. zijn de twee groepen op een aantal punten met elkaar vergeleken.

De verschillen zijn maar klein en niet significant voor wat betreft afstand tot ziekenhuis, specialistenratio en praktijkvorm. Ook het verwijscijfer en de samenstelling van de praktijk verschillen niet significant van elkaar. We concluderen hieruit dat de representativiteit van het materiaal niet in twijfel hoeft te worden getrokken.

Tabel 2.4.: Vergelijking groepen huisartsen zonder en met machtiging

Gemiddelden	Geen machtiging	Wel een machtiging
<hr/>		
Gegevens LISZ		
n =	176*	319
- Verwijscijfers	455	441
- Ingeschreven ziekenfonds patiënten	1498	1307
- Perc. bejaarden	12.4%	16.6%
<hr/>		
Gegevens enquête adspirant huisartsen		
n =	220	319
- Afst.tot ziekenhuis	4.9 km	5.2km
- Specialistenratio	469	477

* Van het aantal gevestigde artsen, bleken er in 1983 18 niet meer gevestigd te zijn; bovendien werden de gegevens door de VNZ van 26 huisartsen weggelaten, omdat het verwijscijfer lager dan 100 óf hoger dan 1000 was.

3. RESULTATEN

In het vorige hoofdstuk werden de procedures en de resultaten besproken van de bewerking van de enquête adspirant-huisartsen. In dit hoofdstuk worden uitsluitend gegevens besproken van 319 huisartsen, die bereid bleken de VNZ te machtigen om aan ons verwijscijfers alsmede gegevens over de samenstelling van de praktijk te verstrekken; Van deze groep huisartsen vielen er 89 af, omdat ze geen voorkeur voor een bepaalde praktijkvorm bleken te hebben. Drie huisartsen vielen af, omdat hun verwijscijfer te extreem was (kleiner dan 100, of groter dan 1000). De overgebleven 227 huisartsen werden in negen groepen ingedeeld, volgens de drie overgebleven categorieën van gewenste praktijkvorm en de drie categorieën van vestiging. De negen cellen van deze drie-maal-drie-tabel zijn niet allemaal even goed gevuld, gewenste praktijkvorm solo en vestigingsvorm gezondheidscentrum komt slechts één keer voor.

In tabel 3.1. vinden we de gemiddelde verwijscijfers van de negen onderzochte groepen. We zien dat het hoogste gemiddelde verwijscijfer wordt gerealiseerd door de huisartsen, die in een gezondheidscentrum wilden werken, maar zich als solo-arts vestigden. Ook de artsen die als wens een gezondheidscentrum en als vestigingsvorm een associatie opgaven, hebben hoge verwijscijfers. Even hoog zijn de verwijscijfers van solo-artsen, die hun gewenste praktijkvorm gerealiseerd hebben. Verder wordt door de gegevens in tabel 3.1. het beeld bevestigd dat artsen in gezondheidscentra minder verwijzen dan hun collega's in andere praktijksituaties (zie volgende pagina).

Als we uitsluitend kijken naar de gemiddelen van de solo-artsen, geassocieerde artsen en artsen in gezondheidscentra, die respectievelijk 453, 431 en 399 zijn (daarbij zijn ook de artsen meegeteld die geen voorkeur voor een bepaalde vestiging hadden), dan zijn de verschillen vrij duidelijk.

De verwijscijfers van samenwerkende artsen zijn in deze studie echter niet direct vergelijkbaar met de cijfers van solo-artsen. In veel gevallen moest het verwijscijfer van de totale praktijk worden genomen, wanneer geen acceptabele gegevens van de nieuw gevestigde huisarts aanwezig waren (bijvoorbeeld wanneer die huisarts nog geen patiënten op zijn naam heeft staan). Onze aandacht zal zich daarom vooral richten op de drie groepen solo-artsen.

Tabel 3.1.: Verwijsgegevens (1983) van huisartsen met verschillende combinaties van gewenste praktijkvorm en gerealiseerde vestiging.

Gewenste praktijkvorm	Gerealiseerde praktijkvorm	Gemiddeld verw.cijfer	Standaarddeviatie	N
Solo	Solo	466	152	34
Associatie	Solo	443	135	48
Gez.h.centrum	Solo	492	150	21
Solo	Associatie	430	62	9
Associatie	Associatie	421	113	41
Gez.h.cent.	Associatie	464	119	30
Solo	Gez.h.centrum	307	0	1
Associatie	Gez.h.centrum	390	112	13
Gezh.cent.	Gez.h.centrum	403	122	30
Totaal		440	130	227

De gegevens in tabel 3.1. zijn overigens 'ruwe' cijfers; het hoge verwijscijfer van de combinatie 'gezondheidscentrum-solopraktijk' kan door belangrijke verschillen in structurele variabelen zijn veroorzaakt.

Zo blijkt deze groep bijvoorbeeld meer oudere patiënten in de praktijk te hebben dan de andere groepen. Ook zijn deze huisartsen vaker in regio's gevestigd met een groter specialistenaanbod.

De verwijscijfers werden daarom aangepast op basis van de regressie-vergelijking van de verwijscijfers over 1978 (Wijkkel, 1982 pag. 35).

De afwijking van: de gemiddelde leeftijd, de afstand tot het ziekenhuis, het specialistenaanbod, het percentage mannen, de factor 'zuiden des lands' en de urbanisatiegraad, werden in die aanpassing betrokken.

Met deze aanpassingen verdwijnt het verschil tussen de combinatie 'solo-solo' en 'gezondheidscentrum-solo'(tabel 3.2.).

De artsen die wij hebben ingedeeld bij de associatie als gewenste praktijkvorm en die zich vestigden als solo-arts, blijken nog duidelijk lagere verwijscijfers te hebben. Statistische toetsing levert

Tabel 3.2.: Gecorrigeerde verwijscijfers van de gevestigde solo-artsen.

Gewenste praktijkvorm	Gerealiseerde praktijkvorm	Verwijscijfer (gecorrigeerd)	Standaard-deviatie	N
Solo	Solo	485	152	34
Associatie	Solo	437	123	48
Gez.h.centrum	Solo	481	141	21

echter geen significante resultaten op; de verschillen kunnen dus op toeval berusten.

De veronderstelling dat de artsen die in een gezondheidscentrum wilden werken een taakopvatting hebben, die tot lagere verwijscijfers leidt, wordt door deze resultaten niet gesteund. Het lijken echter de artsen te zijn die in een associatie wilden werken, die ongeacht hun uiteindelijke vestigingswijze lagere verwijscijfers realiseren. Het "gecorrigeerde" verwijscijfer voor deze groep huisartsen is 423 tegen 438 voor huisartsen, die zich in een gezondheidscentrum wens-ten en 477 voor de solo-praktijk. Deze verschillen zijn significant (p is kleiner dan .10).

Beschouwen we de verschillen in verwijscijfers per specialisme (deze gegevens zijn in bijlage B opgenomen), dan valt op dat de solo-huis-artsen, die graag in een gezondheidscentrum hadden willen werken al-léén voor de specialismen inwendige geneeskunde en zenuw- en ziels-ziekten enigszins lagere verwijscijfers realiseren, dan hun solo-collega's met andere vestigingswensen. Zo'n gegeven kan wijzen op een andere taakuitoefening.

Te denken valt aan de in de inleiding aangehaalde aspecten van huis-arts-geneeskundig handelen en de taakafbakening ten opzichte van de specialist.

4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Huisartsen die, voordat ze gevestigd zijn, opgeven in een gezondheidscentrum te willen werken, blijken geen lagere verwijscijfers te realiseren, wanneer ze zich als solo-arts vestigen. Huisartsen die opgaven zich te willen associëren bleken echter steeds lagere verwijscijfers te hebben, zelfs als ze zich als solo-arts vestigden. De verschillen tussen de drie groepen solo-artsen (met gewenste praktijkvorm solo, associatie of gezondheidscentrum) bleken echter niet significant. We menen hieruit te mogen concluderen dat het niet voldoende is in een gezondheidscentrum te willen werken en een mogelijk daarmee samenvallende taakopvatting te hebben, maar dat de mogelijkheid om die taakopvatting te realiseren wellicht van een nog groter gewicht is dan de taakopvatting op zichzelf.

Een aanwijzing voor de veronderstelling dat er bij de solo-artsen die een gezondheidscentrum als vestigingsplaats wensten zoiets als een huisartsgeneeskundige taakopvatting aanwezig is, vinden we in het feit dat deze groep juist en alleen een lager verwijscijfer heeft voor interne geneeskunde.

DEEL III

CASE-STUDIES SAMENWERKING

1. INLEIDING

Het beeld dat zich aan de lezer opdringt na het onderzoek naar de hoeveelheid gestructureerd overleg en het ontbreken van een duidelijke statistische relatie van dat overleg met productiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg is, dat vergaderen over de hulpverlening en meer in het algemeen bijeenkomsten van verschillende hulpverleners in de eerstelijnszorg, niet direct tot merkbare effecten leidt op het vlak van vermindering van het aantal verwijzingen naar de specialist. Blijkbaar werkt dat soort samenwerking nauwelijks door in het dagelijkse handelen van de huisarts. Aangezien huisartsen in gezondheidscentra nauwelijks een monopolie blijken te hebben op gestructureerd overleg (Wijkkel, 1984) mag ook niet verwacht worden dat daarin het wezenlijke onderscheid tussen huisartsen in gezondheidscentra en huisartsen in andere praktijksituaties gevonden kan worden, dat verantwoordelijk is voor het verschil in productiecijfers. Via welk mechanisme die verschillen dan wel tot stand komen is dus nog een open vraag. Wel is duidelijk dat we voor een antwoord dichter bij het dagelijks handelen van de huisarts moeten zijn. We hebben met betrekking tot die vraag wel een aantal veronderstellingen, maar die kunnen niet goed getoetst worden met secundair materiaal, of door onderzoek dat gebruik maakt van relatief goedkope methoden, zoals de vragenlijst-methode.

Aangezien die veronderstellingen ingaan op het concrete handelen van huisartsen, zou een uitgebreide observatie en registratie in de praktijk van de huisarts nodig zijn om toetsend te kunnen werken. Het budget dat beschikbaar was voor het onderzoeksproject Samenwerken en Verwijzen, was bij lange na niet toereikend om zo'n toetsend onderzoek te kunnen doen.

Besloten werd om het verdere onderzoek naar de relatie tussen samenwerking en verwijscijfers gefaseerd uit te voeren. De eerste fase van dat onderzoek zou dan een explorerend onderzoek moeten omvatten naar de belangrijkste verschillen tussen huisartsen in een aantal duidelijk te onderscheiden praktijksituaties. In de tweede fase zou dan een grootscheeps opgezet onderzoek kunnen worden gestart, waarin naast de vragen over de meerwaarde van samenwerking ook andere vraagstellingen kunnen worden meegenomen.

In die eerste fase waarvan in dit deel verslag wordt gedaan komen drie hoofddoelstellingen aan bod:

1. Uitzoeken of een aantal aspecten van het handelen van huisartsen

in relatie tot veronderstellingen over de invloed van samenwerking daarop inderdaad variëren voor de verschillende praktijksituaties. Op die manier kan in de tweede fase meer gericht onderzoek worden gedaan naar 'veelbelovende veronderstellingen'.

2. Praktijkervaring opdoen met uitvoerige registratie van het dagelijkse handelen van de huisarts; vooral met betrekking tot aspecten van samenwerking.
3. Het genereren van nieuwe hypothesen op basis van onderzoek bij een kleine groep huisartsen.

In dit deel zal voornamelijk aandacht besteed worden aan de eerste doelstelling. We zullen in dit hoofdstuk de verschillende veronderstellingen die aan het onderzoek ten grondslag liggen slechts globaal aangeven. In hoofdstuk vier van dit deel zullen ze meer uitgebreid aan de orde komen waarbij de gegevens uit dit hoofdstuk ter ondersteuning gebruikt zullen worden.

Aan de tweede doelstelling van de case-studies zal hier geen aandacht worden gegeven gezien het praktijkgerichte karakter daarvan. De derde doelstelling komt weinig, of slechts impliciet aan de orde. Vooruitlopend op de resultaten kan hier al wel gezegd worden, dat de rol die de huisarts zijn assistente laat spelen in de praktijkvoering van groot belang kan zijn in het onderzoek naar verschillen in productiegegevens. We denken daarbij vooral aan het uitschrijven van (herhalings)verwijskaarten, het uitschrijven van (herhalings)machtigingen voor fysiotherapie en het gereedmaken van (herhalings)recepten. Wat dat laatste betreft kunnen we verwijzen naar Haaijer - Ruskamp en anderen (1985) die vonden dat tijdens face to face contacten met de huisarts beduidend minder werd voorgeschreven dan bij contacten die door assistentes werden afgehandeld. Dat kwam het sterkst tot uiting bij patiënten die met hun problemen op herhaling kwamen.

Bij de gegevensverzameling is uitgegaan van de volgende aandachtspunten:

- Maken huisartsen in gezondheidscentra meer gebruik van de mogelijkheid tot consultatie?
- Kan de consultatie van specialisten tot lagere verwijscijfers leiden?
- Kan de consultatie van collega-huisartsen tot lagere verwijscijfers (voor interne geneeskunde) leiden?
- Maken huisartsen in gezondheidscentra meer gebruik van diagnostische hulpmiddelen?

- Onderscheiden huisartsen in gezondheidscentra zich van solo-artsen door het intensiever voeren van therapeutische gesprekken ten behoeve van patiënten met psychosociale problemen?
- Onderkennen multidisciplinair samenwerkende artsen meer psychosociale problematiek?
- Wordt minder verwijzen naar medisch specialisten door huisartsen in gezondheidscentra 'gecompenseerd' door meer verwijzen naar fysiotherapeuten, meer terugbestellen of meer medicijnen voorschrijven?
- Wordt er door huisartsen in gezondheidscentra meer 'samengewerkt' met andere disciplines in de eerste lijn; zijn er aanwijzingen te vinden dat die samenwerking concrete 'effecten' heeft?

Door het specifieke karakter van de gegevens die immers geen generalisatie toelaten wordt hier afgezien van een uitgebreide kwalitatieve bespreking van de verzamelde gegevens. Alleen over de samenwerking - het centrale thema - zal wel in detail gerapporteerd worden. De resultaten zijn wel in de samenvatting te vinden.

2. ONDERZOEKSMATERIAAL

In dit hoofdstuk wordt eerst de selectie van de negen huisartspraktijken beschreven; daarna volgt een karakterisering van de geselecteerde praktijken. In dit hoofdstuk worden de verzamelde gegevens besproken en tevens op welke manier ze verzameld zijn. Ook de betrouwbaarheid van de registratie komt ter sprake.

2.1. negen huisartspraktijken

In gezondheidscentra wordt niet alleen multidisciplinair samengewerkt. De monodisciplinaire en de bi-disciplinaire samenwerking zijn minstens zo belangrijk (Wijkkel, 1984; v.d. Zee, 1979).

Wanneer we op zoek zijn naar de mogelijke samenhang tussen samenwerking en het minder verwijzen, weten we dus op voorhand niet welke vorm van samenwerking nu verantwoordelijk gesteld kan worden voor die lagere cijfers.

Voor een selectie van praktijken die als contrast kunnen dienen voor de samenwerking in gezondheidscentra moet met die verschillende vormen van samenwerking rekening gehouden worden.

Uit de verschillende mogelijkheden kozen we drie samenwerkingsvormen, namelijk:

- solopraktijken (zonder monodisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking);
- solopraktijken in home-teams (zonder monodisciplinaire maar met multidisciplinaire samenwerking);
- duopraktijken (met monodisciplinaire samenwerking maar zonder multidisciplinaire samenwerking).

Bij deze indeling hebben we bi-disciplinaire samenwerking weggelaten, omdat we wat die samenwerking betreft niet over relevante informatie beschikken, terwijl het daarnaast ook moeilijk zou zijn een keuze te maken tussen de verschillende disciplines.

Er werd gepoogd in elke groep twee praktijken te selecteren. Met behulp van het registratiesysteem van Beroepen in de Eerste Lijns Gezondheidszorg (BELG) van het NIVEL werd een dertigtal praktijken geselecteerd.

Eén praktijk in een gezondheidscentrum, waarmee al langer contacten bestonden, werd rechtstreeks benaderd. De andere praktijken werden

eerst schriftelijk benaderd via een brief waarin de achtergrond van het onderzoek uiteen werden gezet en tevens werd uitgelegd welke activiteiten van de huisarts gevraagd werden. Als tegenprestatie werd de huisarts een bescheiden vergoeding en een uitgebreide terugrapportage van de eigen gegevens beloofd. Ongeveer een week na het versturen van deze brief werden de huisartsen opgebeld met de vraag of ze bereid waren aan het onderzoek mee te werken. Wanneer het antwoord in principe positief was werd een afspraak gemaakt voor een persoonlijk gesprek waarin nadere uitleg werd gegeven aan de hand van de registratieformulieren.

Het bleek niet nodig alle dertig huisartsen telefonisch te benaderen. Na ongeveer twintig pogingen waren voor alle groepen twee huisartsen gevonden. Van gezondheidscentra werden drie artsen in het onderzoek betrokken. De meeste moeite leverde het vinden van huisartsen in duopraktijken op. De resterende artsen werd schriftelijk meegedeeld dat van hun medewerking werd afgezien.

Bij het zoeken van geschikte praktijken werden geen pogingen gedaan ze vergelijkbaar te maken voor bijvoorbeeld de structurele gegevens of de samenstelling van de praktijk.

In paragraaf 2.3 zullen de geselecteerde praktijken worden beschreven.

2.2. Verzamelde gegevens

Bij de gegevensverzameling werd gepoogd een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de werkwijze van de betreffende huisarts. Uiteraard vooral geconcentreerd op de samenwerking en de 'output' van het consult. Om de outputgegevens goed te kunnen interpreteren zijn ook gegevens over de 'input' nodig. Ook besteden we aandacht aan de handelingen die de huisarts tijdens het consult verricht. Het registratieformulier (zie bijlage C) is zo logisch mogelijk opgezet. Op het bovenste gedeelte van het formulier kunnen patiëntgegevens, algemene consultgegevens en diagnosegegevens worden ingevuld. Daaronder diagnostische en therapeutische handelingen. Op de derde rij een aantal output-gegevens, terwijl het onderste gedeelte van het registratieformulier voor het verwijzen en samenwerken is gereserveerd.

Op het registratieformulier kon de huisarts één of meerdere diagnoses of redenen voor het consult aangeven. Die diagnoses werden door ons gecodeerd volgens de ICD-9-CM (SMR, 1980).

Voor analytische doeleinden werden de diagnose-categorieën tevens

samengenomen in clusters volgens Schneeweiss en anderen (1983).

2.3. Beschrijving van de negen huisartspraktijken

De huisartspraktijken zijn in vier groepen in te delen.

Twee huisartsen zijn aan te merken als solistisch werkzame huisartsen (arts 2 en 5). We zullen verderop zien dat ook deze artsen geregelde overlegsituaties kennen, maar niet in multidisciplinair verband, zoals de twee andere solo-artsen (arts 6 en 8), die een home-team-achtige vorm van samenwerking hebben. De artsen 4 en 9 maken deel uit van een associatie; de overige drie artsen (1, 3 en 7) werken in een gezondheidscentrum.

Solo-praktijken

Arts 2 oefent zijn praktijk uit in het centrum van een kleine industriestad in het midden van het land. In deze stad is geen ziekenhuis gevestigd, maar wel is er een buitenpolikliniek gevestigd van het streekziekenhuis van een naburige stad. Arts 2 woont in het praktijkpand en heeft een assistente in dienst. De praktijkgrootte is iets kleiner dan de normpraktijk en telt verhoudingsgewijs veel ouderen. Naast de huisartspraktijk functioneert arts 2 samen met een collega-huisarts als gemeente-arts. De activiteiten die voortkomen uit die nevenfunctie (keuringen, verzegelen doodskisten en dergelijke) zijn niet geregistreerd.

Arts 5 is gevestigd in één van de grote steden. De huisarts woont niet in het praktijkpand dat net buiten het oude stadscentrum is gelegen. De praktijk is qua grootte en samenstelling vergelijkbaar met de praktijk van arts 2, maar telt iets minder bejaarde patiënten. Arts 5 heeft geen assistente. Wanneer hij afwezig is, neemt zijn echtgenote de telefoon aan. Zoals te verwachten in een grote stad is het aanbod aan ziekenhuisvoorzieningen, waaronder een academisch ziekenhuis, groot.

Arts 6 heeft met bijna 2600 patiënten een gemiddelde praktijk in een provincieplaatsje met een gemengde bevolking. Door de plezierige ligging aan de rand van een groot bosgebied en aan een spoorlijn, zijn er naast de oorspronkelijke bevolking veel forensen. Met de andere huisartsen uit de woonplaats vindt regelmatig overleg plaats, samen met het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. Arts 6 heeft een praktijkgedeelte aan zijn huis gebouwd en heeft een assistente.

Arts 8 heeft een grote praktijk in een stadje vlak bij één van de

vier grote steden. Hij neemt deel aan een home-team ter plaatse. Arts 8 heeft een praktijkruimte bij zijn woonhuis en wordt bijgestaan door een assistente.

Door de directe nabijheid van de grote stad is er een ruime keuze aan algemene en academische ziekenhuizen.

Geassocieerde artsen

Arts 4 is gevestigd in een villawijk van één van de vier grote steden. Het relatief grote aandeel van particuliere patiënten stemt met de situering van de praktijk overeen. De echtgenote van arts 4 is eveneens huisarts en geassocieerd met arts 4. "Mevrouw" heeft weliswaar ± 250 patiënten op eigen naam staan, maar houdt veel minder vaak spreekuur dan haar man, zodat in de praktijkvoering de patiëntenpopulaties niet duidelijk gescheiden worden. In de praktijk 'aan huis' is een assistente werkzaam.

Naast deze praktijk heeft arts 4 de zorg voor vrijwel alle bewoners van een bejaardentehuis, die vrij regelmatig worden bezocht. Algemene ziekenhuizen en een academisch ziekenhuis zijn ter plaatse.

Arts 9 is gevestigd in een grote stad onder de grote rivieren. Na een aanvankelijk wilde vestiging van arts 9 werd een half jaar vóór onze registratie een associatie aangegaan met een huisarts, die een 'bovennorm-praktijk' had. Beurtelings houden de beide associé's spreekuur. Arts 9 werkt vier halve dagen in die praktijk. Aan de patiënten wordt de keuze gelaten welke arts men wil consulteren. In de praktijk is een assistente werkzaam en daarnaast de echtgenote van de oudere collega. Naast de activiteiten in de duopraktijk heeft arts 9 in de eerste plaats nog patiënten aangehouden van zijn 'wilde' periode en in de tweede plaats een part-time baan in een zwakzinnigentehuis. Arts 9 woont niet in het praktijkpand. In de stad zijn twee algemene ziekenhuizen gevestigd.

Artsen in gezondheidscentra

Arts 1 en 3 zijn gevestigd in een gezondheidscentrum in een oude stadswijk van één van de vier grote steden. Naast deze artsen zijn nog twee andere huisartsen in het centrum gevestigd. Beide praktijken zijn relatief klein te noemen, met nauwelijks particulieren. Turkse en Marokkaanse gastarbeiders vormen met hun gezinnen een belangrijke proportie van het cliëntenbestand. Beide artsen zijn in loondienst. Arts 3 werkt op woensdag niet in het centrum; er is dan een vaste waarnemster die ook aan de consultregistratie heeft meegewerkt.

Arts 1 en 3 hebben hun eigen patiëntenpopulatie. Alleen wanneer het

spreekuur van de ene arts 'vol' is, wordt aan de patiënten gevraagd of men bezwaar heeft tegen behandeling door een collega-huisarts. Iedere huisarts heeft een vaste assistente.

Alhoewel het gezondheidscentrum al tien jaar bestaat, loopt de organisatie en de samenwerking in het team niet vlekkeloos. Met name tijdens de consultregistratie van arts 2 was er sprake van enige spanning en irritaties rond de coördinatie (het management) van het centrum. Arts 1 heeft naast zijn huisartsenpraktijk een bestuursfunctie bij een landelijke organisatie op het terrein van de gezondheidszorg. Tweedelijnsvoorzieningen zijn uiteraard in ruime mate aanwezig. De patiëntenpopulatie van arts 7 wordt gekenmerkt door het grote aantal particulieren. De situering van het gezondheidscentrum in een nieuw gebouwde forensenplaats tussen twee grote steden is daaraan niet vreemd. Het aantal bejaarde patiënten in de praktijk is ook relatief laag. In het gezondheidscentrum werken in totaal zes huisartsen in loondienst. Iedere huisarts heeft zijn eigen patiëntenpopulatie, maar bij afwezigheid of volle spreekuren kunnen patiënten bij de collega-huisartsen terecht. Aangezien het centrum in de directe nabijheid van één van de vier grote steden ligt, zijn tweedelijnsvoorzieningen in ruime mate aanwezig. Volgens arts 7 is de bewerkelijkheid van zijn praktijk, nu de specifieke problemen van mensen die zich in een nieuwbouwwijk vestigen enigszins wegebben, zover verminderd dat de relatief kleine praktijk wat hem betreft verder mag groeien. Gezien de praktijkomvang en de grote proportie particulieren daarin, is het niet zo verwonderlijk dat het centrum in de achterliggende jaren regelmatig met financiële problemen werd geconfronteerd.

2.4. Materiaalverzameling

2.4.1. Consultregistratie

In de negen huisartspraktijken werd gedurende een periode van maximaal tien weken door de huisarts een consultregistratie bijgehouden. Een periode van tien weken werd aangehouden om zodoende voldoende waarnemingen te krijgen van een van de belangrijkste objecten van studie: de verwijsbeslissing. (Voor een doorsnee huisartsenpraktijk van 2500 patiënten worden in tien weken \approx 250 verwijskaarten gedeclareerd. Aangezien een groot deel daarvan relatief oninteressante gevallen betreft -herhaalverwijzingen, refractie-verwijzingen en dergelijke- schatten we dat zo'n 100 interessante verwijsbeslissingen zullen voorkomen.)

2.4.2. Samenwerkingsregistratie

Om een zo compleet mogelijk beeld van de samenwerking te krijgen, werd de samenwerking op een aantal verschillende manieren geregistreerd. In de eerste plaats werden de samenwerkingscontacten tijdens de arts-patiënt-consulten door de artsen op een consult-registratieformulier bijgehouden. Op dat formulier (bijlage C) dat gedurende tien weken voor ieder arts-patiënt-consult moest worden ingevuld, stond naast vragen over de samenwerking tevens een aantal vragen over het handelen van de huisarts.

Omdat we vermoedden dat veel contacten van huisartsen in gezondheidscentra informeel (tijdens koffiepauzes en dergelijke) zouden plaatsvinden werd gedurende een periode van twee weken een intensievere registratie uitgevoerd. Bij twee artsen was de onderzoeker tijdens de spreekuren aanwezig in de praktijk van de huisarts, om op die wijze alle samenwerkingscontacten te observeren. Mede op basis van de ervaringen opgedaan tijdens die observaties, werd bij zeven artsen gevraagd de ad hoc-contacten in een klein formaat aantekenboekje te schrijven. De betreffende huisarts werd daarna dagelijks opgebeld om gegevens over die contacten te verstrekken. Het georganiseerde overleg werd door de onderzoeker bijgewoond.

2.4.3. Ziekenfondsgegevens

Aan de deelnemende huisartsen werd gevraagd ons te machtigen ziekenfondsgegevens van hun praktijk op te vragen. Gegevens over de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht waren nodig om bijvoorbeeld de consultratio en het verwijscijfer te berekenen.

Gegevens over de medische consumptie, zoals aantallen verwijskaarten, aantallen machtigingen fysiotherapie en medicijngebruik, waren enerzijds nodig om de betrouwbaarheid van onze registratie te meten en anderzijds als op zichzelf staand vergelijkingsmateriaal over de medische consumptie in de negen praktijken. Op een enkele uitzondering na (medicijngegevens van arts 1 en arts 3) kregen we de gevraagde gegevens van de verschillende ziekenfondsen aangeleverd.

2.4.4. Betrouwbaarheid van de registratie

Doordat de consultregistratie werd ingepast in het routinematige handelen van de huisarts en er zeer regelmatig contact werd onderhouden met de deelnemende huisartsen, is de betrouwbaarheid voor wat betreft het aantal consulten optimaal te noemen. Tijdens de observatieperiode bij arts 1 en arts 2 werd door de onderzoeker een schaduwregistratie bijgehouden. Na controle bleek geen enkel consult te zijn vergeten. Wat de betrouwbaarheid van de verschillende geregi-

streerde variabelen betreft, hebben we alleen zekerheid met betrekking tot de variabelen die op het bovenste gedeelte van het formulier waren ingevuld. (Deze gegevens moesten altijd worden ingevuld). Bij deze variabelen bleek maar een fractie te missen. Na één of twee dagen registreren werd de huisarts bezocht en werden een aantal formulieren gezamenlijk doorgenomen. Eventuele onduidelijkheden of misverstanden konden zo voorkomen worden. Alleen bij arts 9 werd deze routine wat laconieker aangepakt en werden na een dag registreren de problemen telefonisch doorgesproken. Toen na bijna twee weken registreren een bezoek aan deze arts werd afgelegd bleek dat door een misverstand de diagnoses niet waren ingevuld.

De betrouwbaarheid van de verwijsregistratie kan afgeleid worden uit tabel 2.1.

De verschillen tussen onze registratie en de ziekenfondsgegevens zijn zeer acceptabel gezien de beperkte periode van registratie. Uiteraard zijn de registratiegegevens van arts 9 niet goed met de ziekenfondscijfers te vergelijken, omdat de 'praktijk grootte' van deze arts niet vastgesteld kon worden.

Tabel 2.1.: verwijsgegevens

	aantal geregistreerde verwijzingen omgerekend per 1000 zieken- fondspatiënten per jaar	verwijscijfer (1983) verstrekkt door het ziekenfonds
arts 1*	195	330
arts 2	604	613
arts 3	251	382
arts 4**	494	504
arts 5	531	469
arts 6	431	371
arts 7	416	365
arts 8	417	545
arts 9	56	631

* Verwijskaarten uitgeschreven door de assistente niet meegeteld.

** Berekend over de totale ziekenfondspraktijk van de associatie.

Op basis van de onvolledige registratie en de problemen met het vaststellen van de exacte patiëntenpopulatie van arts 9, worden de gegevens van deze arts buiten beschouwing gelaten in de analyses van de consultgegevens. Deze beperkingen gelden echter niet voor de samenwerkingscontacten, zodat die wel in de rapportage zijn betrokken.

3. SAMENWERKING IN NEGEN VERSCHILLENDE HUISARTSPRAKTIJKEN

3.1. Inleiding

Samenwerking is een veel gebruikt begrip in de eerstelijnsgezondheidszorg. Soms lijkt het wel of de samenwerking een doel op zich is geworden, maar toch kan de samenwerking worden opgevat als belangrijk middel om de samenhang in de gezondheidszorg te vergroten. De verschillende zorggebieden in de gezondheidszorg overlappen elkaar gedeeltelijk, zodat onderlinge afstemming noodzakelijk wordt omwille van de efficiëntie. Ook de continuïteit van de zorg kan in gevaar komen wanneer onvoldoende wordt samengewerkt (zie bijvoorbeeld Nota Eerstelijnszorg, 1984). Samenwerking kan daarnaast ook dienen om te komen tot de zogenaamde geïntegreerde zorgverlening (Huygen, 1962). Versterking van de eerstelijns en samenwerking worden vaak in één adem genoemd. Alhoewel vrij veel energie is gestopt in een goede samenwerking in de eerstelijns, staan empirisch onderzoek naar die samenwerking en de concrete effecten daarvan nog in de kinderschoenen. Inventariserend onderzoek - hoe veel komen bepaalde samenwerkingsvormen voor en hoe vaak wordt er overlegd? - is tot nog toe dominerend in dit onderzoeksveld.

In dit hoofdstuk zullen we de samenwerking met betrekking tot de patiëntenzorg, zoals die concreet voorkomt in het dagelijks handelen in negen huisartspraktijken in kort bestek weergeven.

3.2. Het aantal samenwerkingscontacten

Het totaal aantal geregistreerde contacten bleek slechts gering te zijn. Overleg met andere hulpverleners tijdens de consulten komt het minst voor. We hebben daarom in tabel 3.1 het overleg per 1000 klachten weergegeven en ook geen verdere uitsplitsingen gemaakt naar discipline, of aard van het contact.

De specialist wordt nog het meest gebeld; sommige artsen bellen voor 1% van de aangeboden klachten een specialist. Samenwerking met hulpverleners in de eerstelijns bevordert duidelijk het aantal contacten tijdens de consulten. De contacten met huisarts-collega's van de

Tabel 3.1.: overleg met andere hulpverleners tijdens consult in pro-
millages van het aantal klachten

	overleg met			
	specialist	collega- huisarts	eerstelijns- hulpverleners	overige
solo-arts				
arts 2	5.3	0.0	0.0	0.8
arts 5	10.9	1.6	0.0	2.7
solo-arts in home-team				
arts 6	10.0	0.7	8.6	2.1
arts 8	5.4	0.0	4.8	0.0
associatie				
arts 4	10.0	1.1	2.8	2.2
arts 9	0.0	1.2	0.0	0.0
gezondheidscentrum				
arts 1	5.2	13.7	0.0	5.2
arts 3	4.6	3.8	5.4	2.3
arts 7	12.5	2.3	6.2	6.2

solo-artsen betreffen overigens voornamelijk informatie-inwinning met betrekking tot een patiënt die door een waarnemer is gezien.

De artsen in gezondheidscentra hebben dus de meeste contacten met collega-huisartsen, terwijl de multidisciplinair samenwerkende artsen als geheel de meeste contacten hebben met andere disciplines in de eerstelijns.

Met deze bespreking van contacten tijdens het spreekuur zijn twee aspecten van de kwaliteit van de zorg aan de orde. In de eerste plaats is dat de kwaliteit van diagnose en/of behandeling, die door consultatie van een deskundige kan worden vergroot. In de tweede plaats wordt de samenhang of de continuïteit van de zorg vergroot als wederzijdse informatie wordt verstrekt, of als afspraken worden gemaakt over de behandeling van een verwezen patiënt.

Om daar meer duidelijkheid over te krijgen werd een vraag naar de inhoud van het overleg op het registratieformulier opgenomen.

Jammer genoeg bleek deze vraag echter door een aantal artsen vaak

niet te zijn ingevuld, zodat een presentatie van deze gegevens niet zinvol is. Wel kan gesteld worden dat de onderlinge contacten tussen collega-huisartsen in de meeste gevallen een consultatief karakter dragen. Bij de bespreking van de gegevens betreffende samenwerking buiten de spreekuren komen we nog op deze problematiek terug. Ook de vraag of verwijzing werd overwogen in verband met het contact met een andere hulpverlener treft eenzelfde lot. In veel gevallen was deze vraag niet ingevuld. Het niet invullen van deze vraag heeft zeker te maken met het niet van toepassing zijn in gevallen waarbij de patiënt al verwezen is, of als het contact tot stand komt om informatie door te geven naar aanleiding van een verwijzing. In dat laatste geval bleken de huisartsen deze vraag nogal eens met 'ja' te hebben beantwoord.

Als we alleen kijken naar echte consultaties van collega-huisartsen om beter een diagnose te kunnen stellen en/of een behandeling te kunnen vaststellen, blijkt in alle gevallen een verwijzing te zijn overwogen (en voorkomen). Van de zeven artsen bij wie we die consultaties konden onderscheiden (bij arts 1 en 2 ontbreekt dat onderscheid) kwam een dergelijk geval overigens maar vijf keer voor (driemaal bij arts 3; éénmaal bij arts 4 en 5). Wellicht is een periode van tien weken registratie dus te kort om een redelijk aantal consultaties tijdens het spreekuur te vinden.

Nu zal het niet altijd nodig zijn om al tijdens het arts-patiëntconsult een collega-huisarts (of een specialist) te consulteren. Vermoedelijk komt dat alleen in de meer extreme gevallen voor. Daarnaast is het natuurlijk ook sterk afhankelijk van de bereidheid van collega's om zich te laten storen tijdens hun spreekuur. Ook de consultaties buiten de spreekuren kunnen daarom inhoudelijk van groot belang zijn. Doordat vooral in gezondheidscentra, waar de artsen elkaar vrijwel doorlopend tegen het lijf lopen, de gelegenheid daartoe wel erg gemakkelijk is, zal het niet bij alle consultatieve contacten gaan om gevallen waarbij een mogelijke verwijzing in het spel is. In bijlage D en E zijn de contacten (zowel tijdens geregelde overlegsituaties als ad hoc-contacten) beschreven. De verschillen tussen de artsen in een gezondheidscentrum en de anderen is hier ook overduidelijk voor wat betreft de contacten met collega-huisartsen. (Als we tenminste afzien van de informatieve contacten na waarneem-situaties). Wat verder opvalt is dat huisartsen in gezondheidscentra zich niet onderscheiden door het hebben van consultatieve contacten met specialisten.

Men kan veronderstellen dat deze artsen een keuze hebben gemaakt tussen de collega-huisartsen en de specialisten (en dan vooral de

internist) als 'referentie-groep'.

In de relaties en contacten met fysiotherapeuten blijkt geen groot verschil te bestaan tussen de verschillende huisartsen, al lijken ook hier de huisartsen in een gezondheidscentrum intensievere contacten te hebben.

Contacten met maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen komen vooral voor bij de multidisciplinair samenwerkende artsen en dan vooral tijdens geregelde bijeenkomsten. Bij de twee artsen in een home-team bleek dat geregeld overleg zich in multidisciplinair verband af te spelen, terwijl de artsen in gezondheidscentra vooral bilateraal overleg met wijkverpleegkundigen hebben. Ad hoc-contacten met wijkverpleegkundigen blijken vooral in het gezondheidscentrum van de artsen 1 en 3 voor te komen. De gemeenschappelijke koffiepauzes zijn daar waarschijnlijk debet aan.

3.3. Relatie tussen onderlinge consultatie en het verwijzen

Uiteraard is het met een onderzoek bij negen huisartsen en een betrekkelijk gering aantal onderlinge consultaties niet mogelijk evaluatieve uitspraken te doen over het effect van die consultatie in termen van verwijscijfers.

Wel kan het door ons verzamelde materiaal een aanwijzing geven of we met de ontwikkelde veronderstellingen op de goede weg zijn.

In tabel 3.2 hebben we de contacten met collega-huisartsen en internisten (dat zijn niet altijd consultaties) weergegeven in relatie met het ziekenfondsverwijscijfer voor interne geneeskunde en het door ons geregistreerde aantal verwijzingen naar interne geneeskunde per 100 klachten.

De gegevens in deze tabel steunen de veronderstelling dat onderlinge consultatie van huisartsen samen kan gaan met lage verwijscijfers voor interne geneeskunde.

Bij de cijfers moeten wel enige kanttekeningen gemaakt worden. De verwijscijfers van arts 1, arts 6 en in mindere mate van arts 4 en arts 9, worden beïnvloed door het hoge percentage ouderen in die praktijk, terwijl arts 7 en in mindere mate arts 3 weinig oudere patiënten hebben.

Het grote aantal contacten buiten de spreekuren van arts 2 en arts 5 betreft uitsluitend informatie-verstrekking in verband met waarneemsituaties (zie bijlage B).

Moeilijker is het iets te zeggen over de contacten met internisten. Het is natuurlijk zo dat wanneer je als huisarts veel patiënten ver-

wijst, er ook een grotere kans is dat je een contact over (bijv. organisatorische kwesties) met de betreffende internist hebt. Van arts 4 weten we dat hij contacten onderhoudt met een internist, die een duidelijk consultatief karakter hebben (bijlage C). Het verwijscijfer van deze arts is, uitgedrukt in het aantal verwijzingen per 100 contacten, relatief laag te noemen, in vergelijking met de andere solo- en geassocieerde artsen.

Tabel 3.2.: aantal contacten van huisartsen onderling en met internisten, vergeleken met verwijscijfer interne geneeskunde en aantal 'verwijzingen per 100 klachten'

	aantal contacten				verwijzingen interne geneeskunde	
	collega-artsen		internisten		zie-ken-fonds	per 100 klachten
	tijdens spreek-uur(10wk)	buiten spreek-uur(2wk)	tijdens spreek-uur(10wk)	buiten spreek-uur(2wk)		
solo-artse						
arts 2	0	8	0	1	137	1.4
arts 5	5	7	6	5	46	(2.0)*
solo-artse in home-team						
arts 6	1	0	3	0	45	0.6
arts 8	0	1	2	1	61	0.6
associatie						
arts 4	2	2	3	4	43	0.4
arts 9	0	0	0	0	54	0.5
gezondheidscentrum						
arts 1	18	21	2	0	20	0.1
arts 3	5	5	2	0	18	0.2
arts 7	3	12	2	0	26	0.3
gemiddeld	3.8	5.5	2.2	1.9	50	0.7

* Aangezien deze arts geen assistente heeft, is ook een aantal administratieve verwijzingen meegeteld.

Resumerend kunnen we stellen dat verder onderzoek naar de effecten van onderlinge consultatie van huisartsen een zinvolle ingang kan zijn voor de verklaring van de verschillen in verwijscijfers.

4. CONSULTREGISTRATIE EN DE 'MEERWAARDE' VAN SAMENWERKING

4.1. Inleiding

Nagaan in hoeverre de verzamelde gegevens aanwijzingen hebben opgeleverd voor hypothesen die veelbelovend zijn in het verklaren van verschillen in verwijscijfers, kan niet plaatsvinden zonder te verwijzen naar die mogelijke verklaringen.

In dit hoofdstuk wordt daarom een aantal hypothesen genoemd, die mede gebaseerd zijn op sociaal-psychologische theorieën, en inzichten uit de organisatiewetenschappen.

Naast het materiaal van de case-studie samenwerking maken we ook gebruik van de resultaten van andere Nederlandse onderzoeken op dit terrein en bovendien van de relatief omvangrijke Amerikaanse literatuur betreffende Health Maintenance Organisations (HMO's).

De HMO's worden gekenmerkt door groepspraktijken die voornamelijk eerstelijns hulp verstrekken op contractbasis aan de bij de HMO aangesloten patiënten. Dit in tegenstelling tot de 'normale' wijze van hulpverlening door solo-artsen die betaald worden per verrichting.

Alhoewel de verschillen tussen de prepaid group practices (PGP's) binnen een HMO en de Nederlandse gezondheidscentra groter zijn dan de overeenkomsten, is toch het HMO-onderzoek interessant. Eén van de belangrijkste onderzoeksvragen in de Amerikaanse studies is namelijk hoe het lagere opname- en verpleegdagniveau van HMO-artsen verklaard kan worden.

In het onderzoek wordt een aantal aspecten behandeld welke voor de Nederlandse situatie nauwelijks interessant zijn, zoals de directe negatieve financiële gevolgen voor het inkomen van de artsen, bij hoge opnamecijfers. Financiële prikkels blijken dus een belangrijke factor te zijn.

Doordat financiële overwegingen in de Amerikaanse situatie ook voor patiënten een rol spelen bij de keuze voor een HMO, is de veronderstelling dat in Amerika patiëntselectie optreedt zeer plausibel.

4.2. Cumulatie van kennis-hypothese

Bij deze hypothese wordt er vanuit gegaan dat samenwerkende huisartsen door veel onderlinge contacten hun kennis over ziektebeelden en behandelingsmogelijkheden kunnen vergroten.

Doordat deze kennis toeneemt zijn de huisartsen beter in staat zelf diagnoses te stellen en behandelingen uit te voeren. Tijdens onderlinge consultatie en case-besprekingen, vindt vaak ongemerkt overdracht van kennis plaats. Tijdens onze registratie van onderlinge contacten tussen huisartsen, constateerden we bij de huisartsen in gezondheidscentra inderdaad een aantal voorbeelden van kennisoverdracht (zie bijlage B).

Uiteraard is er bij dergelijke contacten niet direct sprake van dat een verwijzing wordt vermeden, dat kan echter wel gebeuren wanneer een collega wordt geconsulteerd voor een patiënt, van wie men op dat moment niet goed weet wat de betekenis is van bepaalde symptomen, of hoe een behandeling moet worden aangepakt. In onze case-studie bleek slechts in enkele gevallen een verwijzing te zijn overwogen.

Uit een al wat ouder onderzoek van Bruins en anderen (1973) waarin 35 onderlinge consultaties zijn bestudeerd, blijkt dat het aantal gevallen dat voor verwijzing in aanmerking komt afneemt wanneer men er met collega's over praat.

Strumpf (1978) noemt in zijn overzichtsartikel een onderzoek van Egdahl en anderen waaruit naar voren komt dat het aantal verpleegdagen per 1000 patiënten bij samenwerkende artsen afneemt wanneer zij aan een 'effective peer-review process' onderworpen worden. Het verschil kan tot 40% oplopen. Long (1982) toont aan de hand van literatuuronderzoek aan dat dat verschijnsel alleen optreedt wanneer een duidelijke financiële prikkel aanwezig is.

Aangezien een financiële prikkel tot het realiseren van minder verpleegdagen in het Nederlandse zorgsysteem ontbreekt, is het uiteraard de vraag of zo'n effect hier op zal treden.

Meer overtuigend is een onderzoek van Williamson (1975). Hij heeft bij een streekproef van 140 artsen onderzocht welke kennis ze hebben van recent op de markt verschenen geneesmiddel. Samenwerkende artsen blijken niet eerder op de hoogte te zijn van het bestaan van dat geneesmiddel. Zij zijn wél eerder in staat de waarde en de betekenis ervan te beoordelen. Volgens Williamson zou deze laatste evaluatieve kennis worden verkregen door gesprekken met collega's waartoe samenwerkende artsen veel meer geneigd zijn.

In deze paragraaf is voornamelijk de monodisciplinaire samenwerking aan de orde geweest, maar ook de contacten met maatschappelijk werkers; fysiotherapeuten en andere hulpverleners in een samenwerkingsrelatie leiden tot cumulatie van kennis. Met name over de mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling door deze hulpverleners raakt de intensief samenwerkende huisarts goed op de hoogte. Verwijzing naar deze hulpverleners zal dan ook gerichter kunnen plaatsvin-

den.

Uit de case-studie samenwerking en een onlange verschenen OSA-rapport (Bertels, en anderen, 1985) blijkt dat het aantal verwijzingen naar fysiotherapie waarschijnlijk niet lager is bij samenwerkende artsen, maar wel het aantal gedeclareerde behandelingen.

Overigens kan het in dienstverband werken van de fysiotherapeuten bij de centra ook een rol spelen. Men kan immers veronderstellen dat bij deze therapeuten de financiële prikkel ontbreekt om meer behandelingen uit te voeren dan strict noodzakelijk zijn.

4.3. Efficiëntie-hypothese

Samenwerkende huisartsen zouden door een efficiëntere bedrijfsvoering meer tijd en materiële en/of personele middelen tot hun beschikking kunnen hebben. Zij hebben meer mogelijkheden, patiënten zelf te diagnostiseren en/of te behandelen, waardoor een aantal verwijzingen achterwege kan blijven.

In de Amerikaanse literatuur komt deze hypothese regelmatig naar voren, Held en Reinhardt (1979) stellen dat "most agree that economies of scale may occur as practice size increases, but that these economies peak at a relative low scale, between two and five practitioners".

Aangezien in Nederland vrijwel alle gezondheidscentra een dergelijke omvang hebben (Boerma, 1984), zou dat gunstige schaafeffect ook in Nederland op kunnen treden.

Kerkhoff (1983) bespreekt in een artikel de effecten die ontstaan door het bestaande stelsel van verwijskaarten. Huisartsen die onder tijdsdruk werken worden gestimuleerd patiënten te verwijzen. Op die manier treedt tijdwinst op.

Artsen in gezondheidscentra kunnen door een efficiënte bedrijfsvoering de extra patiëntendruk verminderen. In de eerste plaats door patiënten van een overvol spreekuur van arts A over te hevelen naar arts B. Op die manier kan zonder bezwaar door arts A aan alle patiënten voldoende tijd worden geschonken.

Tijdens de consultregistratie van de case-studie bleek er een tendens te bestaan dat bij het toenemen van het aantal consulten per dag ook het aantal geregistreeerde klachten afnam. Het aantal deelnemende artsen was echter niet groot genoeg om duidelijke verbanden tussen bijvoorbeeld werkdruk en diagnostische en therapeutische activiteiten te onderzoeken.

Twee voorbeelden van een efficiënte bedrijfsvoering vonden we bij de twee gezondheidscentra in onze case-studie. In het ene gezondheidscentrum werkten de artsen bij toerbeurt één dag per week tot 6 uur 's avonds om acute problematiek op te vangen. In het andere centrum werd een zaterdag-spreekuur voor acute zaken gehouden, dat bij toerbeurt door de huisartsen van dat centrum werd gehouden.

Een ander mogelijk aspect van efficiëntie is de grotere mogelijkheid diagnostische en therapeutische hulpmiddelen aan te schaffen (allerlei laboratoriumbepalingen, ECG-apparatuur; vloeibare stikstof voor het aanstippen van wratten enzovoort). Ook kan door de grote schaal gemakkelijker toegang gekregen worden tot externe diagnostische hulpmiddelen (prikpunten van het huisartsenlaboratorium, bijvoorbeeld). Mogelijk geldt die grotere toegankelijkheid tot dergelijke faciliteiten niet in de Nederlandse situatie; er zijn echter wel aanwijzingen dat artsen die meer gebruik maken van laboratorium-therapeutische en controlemiddelen lagere verwijscijfers realiseren (Dopheide, 1982). Uit een onderzoek van Verhaak (1984) blijkt dat samenwerkende huisartsen 'huisartsgeneeskundiger' denken. Dit uit zich in een brede taakopvatting en een neiging pas later specialisten te raadplegen (Dowie, 1983), die het verwijzproces in Engeland onderzocht, constateerde dat artsen in health centres veel meer laboratoriumtests verrichten dan hun collega's die niet in gezondheidscentra werken. Volgens Dowie doen huisartsen veel diagnostische tests om waakzaam (vigilant) te blijven bij patiënten met onduidelijke klachten (het alternatief zou verwijzen zijn).

Op het vermijden van risico komen we hierna nog terug.

In onze case-studie naar samenwerking zagen we geen duidelijke verschillen voor wat het gebruik van interne en externe diagnostische hulpmiddelen betreft. De gegevens van de gezondheids-enquête (zie deel I, § 3.2) doen vermoeden dat de patiënten van gezondheidscentra vaker diagnostische tests ondergaan.

Door de grotere schaal van gezondheidscentra bestaat de mogelijkheid dat meer (en beter geschoold) hulp personeel aanwezig is, dat ingeschakeld kan worden bij de hulpverlening.

We hebben in onze case-studie echter geen aandacht geschonken aan de activiteiten in diagnostisch (gehoortest bijvoorbeeld) of therapeutisch opzicht (verbinden bijvoorbeeld) van de centrum-assistentes.

Voor zover ons bekend is er ook geen onderzoek op grote schaal naar het functioneren van dit hulp personeel gedaan.

4.4. Referentiegroep-hypothese

Volgens deze hypothese oriënteren samenwerkende artsen zich primair op hun collega's, die ze dagelijks ontmoeten. Zij zijn wat in de engelstalige literatuur 'docter orientated' genoemd wordt. Solo-artsen die in de dagelijkse praktijkvoering nauwelijks contacten met collega's hebben, richten zich veeleer op patiënten en specialisten. Zij laten zich in hun gedrag meer door deze contacten beïnvloeden. Zowel patiënten die bij een hulpvraag zo goed mogelijk geholpen willen worden, als specialisten (die financieel baat bij een verwijzing hebben en gewend zijn risico's te vermijden door intensief medisch-technisch onderzoek), hebben een 'verwijzingen-opdrijvende' invloed op de huisarts. Huisartsen die hun gedrag laten leiden door collega-huisartsen, zullen een meer huisartsgeneeskundig gedrag vertonen. Ze zullen meer aandacht hebben voor psychosociale problemen en wenden zich pas later, wanneer het echt noodzakelijk is, tot een specialist.

Wolinski en Marder (1982) dragen enige empirische ondersteuning aan voor deze hypothese. Zij komen op basis van een Amerikaans onderzoek naar de tijdsbesteding van circa 2500 artsen tot de conclusie dat artsen met een solo-praktijk zich meer op hun patiënten oriënteren dan hun samenwerkende collega's; ook wanneer gecorrigeerd wordt voor het betalingssysteem. Ze besteden in vergelijking tot de aan HMO's verbonden artsen vooral meer tijd aan huisbezoeken.

Onderzoek naar de geldigheid van deze hypothese is moeilijk, omdat de oriëntatie van mensen en vooral de invloed van die oriëntatie op hun gedrag niet direct te meten zijn.

Als we ons beperken tot de veronderstelde effecten dan kan bijvoorbeeld het percentage verwijzingen op initiatief van de patiënt gemeten worden en het aantal contacten voor de ziekte-episode voordat de arts tot een verwijzing besluit.

De eerste variabele is meegenomen in onze case-studie samenwerking. Het bleek dat de huisartsen in gezondheidscentra relatief meer verwezen op initiatief van de patiënt. De huisarts met het laagste ziekenfondsverwijscijfer heeft zelfs ongeveer 50% verwijzingen op initiatief van de patiënt. Een dergelijke uitkomst wijst erop dat de betreffende huisarts in veel gevallen pas verwijst wanneer de patiënt daar op aandringt. Het percentage verwijzingen op initiatief van de patiënt lijkt dus niet een rechtstreekse indicatie voor de oriëntatie van de huisarts. Bij de analyse daarvan moet in ieder geval ook het totale verwijsniveau betrokken worden.

Een ander aspect van het huisartsgeneeskundig handelen is het diagnostisch niveau van een verwijzing. Bij het al eerder genoemde onderzoek van Dowie (1983) bleek een aanzienlijk hoger percentage verwijsbrieven van artsen in health centres een diagnose te bevatten, die in de polikliniek werd bevestigd.

In onze case-studie werd op twee manieren getracht inzicht in deze materie te krijgen. Van iedere klacht werd gevraagd wat het diagnostisch niveau van de klacht was en bij een verwijzing of dat bedoeld was voor nadere diagnose en/of behandeling.

Een duidelijk verschil tussen samenwerkende artsen en andere huisartsen konden we niet vaststellen.

4.5. Onzekerheidsreductie-hypothese

Aangezien het generalistische karakter van het huisartsenwerk met zich meebrengt dat er zich regelmatig gevallen voordoen waarbij de diagnose en/of behandeling niet met natuurwetenschappelijke precisie kan worden vastgelegd, moet de huisarts regelmatig allerlei risico's tegen elkaar afwegen. Wanneer we dat toespitsen op de vraag of een bepaalde patiënt al dan niet verwezen moet worden, kan een aantal mechanismen onderscheiden worden om die risico's te kunnen dragen, of, om het anders te formuleren, om de onzekerheid te reduceren. Volgens De Melker (1979) bijvoorbeeld wordt het verwijscijfer van een arts voor een belangrijk deel bepaald door zijn onzekerheidstolerantie.

Dowie (1983) gebruikt een conflictmodel voor besluitvormingsprocessen dat opgesteld is door Janis en Mann (1977). Zij onderscheiden vijf 'coping patterns', namelijk:

1. Unconflicted adherence.
2. Unconflicted change.
3. Defensive avoidance.
4. Hypervigilance.
5. Vigilance.

In het besluitvormingsmodel dat Dowie construeert worden deze manieren om met onzekerheid om te gaan in een hiërarchisch systeem verwerkt, waarbij de eerste twee vooral slaan op het eerste patiënt-arts-contact, waar de arts een schifting maakt tussen gevallen met weinig risico (voorlopig niets doen); gevallen die directe verwijzing behoeven (unconflicted change) en gevallen waarbij nader onderzoek geïndiceerd is.

Uiteraard geldt dit beslissingsmodel zowel voor solo- als samenwerkende artsen. Samenwerkende artsen hebben echter meer alternatieven om het nemen van risico's draagbaar te maken. Om dat te verduidelijken moeten we de derde manier van coping (defensive avoidance) verder uitwerken.

Peterson (1978) onderscheidt naar aanleiding van een onderzoek binnen een zelfhulp-kliniek drie manieren om met risico om te gaan:

- a. Men kan de risico's delegeren.
- b. Men kan de risico's verkleinen door zich achteraf door anderen te laten controleren.
- c. Men kan het risico spreiden.

Aan deze drie mogelijkheden kunnen we er nog twee toevoegen die we ontleen aan Hughes (1972), die beschrijft hoe ritueel gedrag ontstaat in situaties waarvoor geen duidelijke gedragscriteria bestaan (bladzijde 322) en over het belang van 'detachment' bij professionalisering (bladzijde 378).

- d. In geval van onzekerheid kan men gedrag ritualiseren.
- e. Men kan risico's abstraheren.

Vooraf met betrekking tot de categorieën b, c, en e kan verondersteld worden dat samenwerkende huisartsen daartoe meer mogelijkheden hebben dan alleenwerkende artsen.

Controle achteraf kunnen de huisartsen in een samenwerkingsverband krijgen door gevallen in te brengen in het teamoverleg. Bij deze case-besprekingen gaat het - naar onze ervaring - regelmatig om gevallen waar de huisarts al een bepaald besluit genomen heeft, maar dit nog wil verifiëren bij collega's. Wanneer er sprake is van zogenaamde "peer review" (onderlinge toetsing) in het samenwerkingsverband, is deze vorm van controle achteraf nadrukkelijk aanwezig.

Voor een controle achteraf is de solo-arts voornamelijk aangewezen op een verwijzing naar de specialist. Overigens kunnen ook tussen huisartsen en specialisten samenwerkingsrelaties ontstaan, zodat door middel van case-besprekingen een controle achteraf mogelijk wordt zonder verwijzing.

Het spreiden van risico is bij uitstek een mogelijkheid die samenwerkende huisartsen hebben. De hiervoor al besproken mogelijkheden van het vragen om een "second opinion" (ook een vorm van controle) en onderlinge consultatie, zijn daar duidelijke uitingen van. Deze vorm van risico spreiden betekent niet dat samenwerkende artsen de verantwoordelijkheid voor de behandeling van hun patiënt delen met

hun collega's, maar dat zij door hen bij een risicovolle beslissing te betrekken, meer zekerheid voor zichzelf kunnen creëren.

Perinbana Yagaïm (1977) spreekt in dit verband over het creëren van 'objective structures'. Door er met anderen over te spreken en naar hun meningen te luisteren, kan men de basis waarop men een beslissing neemt, vergroten.

De verklaring volgens de categorie e kan het best als volgt worden omschreven:

Samenwerkende artsen kunnen wellicht meer risico's dragen, omdat ze beter in staat zijn de eventuele gevolgen te abstraheren. Ze kunnen eventuele fouten eerder dan andere artsen met een solopraktijk zien als "inherent aan het werk" en zullen zich daarvoor minder snel persoonlijk verantwoordelijk voelen.

Zoals we bij de referentie-hypothese al gezien hebben, zullen soloartsen zich meer op hun patiënten oriënteren. De patiënten die die negatieve gevolgen direct aan den lijve ondergaan, zullen deze aan de arts als concrete persoon toeschrijven, althans zo wordt verondersteld in de zogenaamde attributie-theorie (zie bijvoorbeeld Beijik, 1980).

Er is verder nog een economische reden waarom huisartsen in een samenwerkingsverband meer risico zouden durven nemen. Patiënten hebben immers de mogelijkheid van huisarts te veranderen. Wanneer een huisarts weigert een patiënt te verwijzen kan zo'n patiënt simpel naar een huisarts overstappen die wel bereid is een verwijskaart uit te schrijven. In een praktijk met meerdere artsen kan men de financiële gevolgen van het vertrek van patiënten beter opvangen dan in solo praktijken.

Onderzoek naar deze laatste verklaring is moeilijk en waarschijnlijk niet te realiseren in een registratieproject.

Vanuit verschillende sociaal-psychologische theorieën zijn nog meer mogelijke verklaringen aan te dragen voor het fenomeen dat huisartsen in gezondheidscentra meer bereid zijn risico's te nemen. Omdat verschijnselen als "groeps polarisatie" en "risky-shift"-fenomeen moeilijk in een concreet registratieproject zijn te onderzoeken, vallen ze buiten het kader van dit rapport.

4.6 Conclusies

Uit het voorgaande bleek dat verschillende hypothesen over de meer-

waarde van samenwerking inderdaad getest kunnen worden met een consult- en samenwerkingsregistratie naar analogie van de case-studie samenwerking. Naast een aantal detailpunten kan meer in het algemeen van zo'n registratie gezegd worden dat niet volstaan kan worden met de registratie van contacten (encounters), maar dat voor het testen van sommige verklaringen ziekte-episodes genomen moeten worden.

De registratie van samenwerkingscontacten blijkt goed te kunnen worden gecombineerd met een consultregistratie. Vooral wanneer het contacten tijdens het arts-patiënt-consult betreft, kunnen die gegevens op een simpele wijze worden verzameld.

Voor contacten die "tussendoor" plaatsvinden (uit onze registratie blijkt dat dergelijke contacten bij samenwerkende artsen waarschijnlijk talrijker zijn dan ad hoc-contacten tijdens het arts-patiënt-consult) voldeed onze registratie in grote lijnen aan de verwachtingen. Door de arts te vragen in een notitieboekje die contacten te noteren, waarna in een dagelijks telefonisch contact naar de inhoud van dat contact werd gevraagd, konden de contacten betrouwbaar en zinvol geregistreerd worden. In veel gevallen bleek het overigens niet nodig te zijn dagelijks op te bellen, maar kon per twee dagen gebeld worden.

Om de overlegsituaties op een zinvolle wijze te kunnen vastleggen bleek het overigens noodzakelijk een observator ter plekke te hebben. De ervaring met de case-studie samenwerking heeft overigens geleerd dat het niet zozeer belangrijk is het aantal patiënten te scoren dat bij zo'n overleg wordt ingebracht; maar de functie die dat overleg heeft. Aangezien het zelden voorkomt dat bij dat overleg acute problemen worden besproken, heeft zo'n overleg meestal de functie van afstemming van behandelingsplan en/of wederzijdse informatie-uitwisseling (vooral met andere disciplines); toetsing en onderlinge bijscholing (casusbesprekingen) of het bespreken van organisatorische kwesties.

Onderzoek gericht op de sociaal-psychologische processen bij samenwerkende huisartsen (door middel van interviews bijvoorbeeld) zal een goede aanvulling zijn op gegevens die via registratie zijn verkregen.

Een algemeen punt van een andere orde is de periode gedurende welke geregistreerd zou moeten worden. Een periode van 10 weken blijkt voor weinig verwijzende artsen met relatief kleine praktijken niet voldoende te zijn om voldoende verwijzingen en vooral voldoende consultatie-gevallen te vinden die interessant voor een vergelijkende analyse zijn.

Wanneer we meer in detail naar de gegevens kijken die voor een vervolgonderzoek van belang zijn gezien de in dit hoofdstuk behandelde hypothesen, kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt:

- Gegevens als soort consult, diagnose of Reason For Encounter, diagnostisch niveau en de vraag of een klacht voornamelijk somatisch danwel psycho-sociaal is, zijn (ook) als achtergrondgegeven van belang.
- Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen is een belangrijke variabele; zo mogelijk zouden ook de eventuele activiteiten van de assistente meegenomen moeten worden.
- Gegevens over diagnostische en therapeutische handelingen (met uitzondering wellicht van therapeutische gesprekken) zijn voor onze vraagstellingen nauwelijks van belang. Wel van belang is de duur van het consult. Overwogen moet worden dat gegeven (in een aantal categorieën) op een registratieformulier op te nemen.
- Gegevens over het voorschrijven van medicijnen en het geven van adviezen zijn uiteraard van belang voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg, maar voor onze vraagstellingen niet zo belangrijk.

Een vraag naar het geven van adviezen kan gezien de onbetrouwbaarheid verdwijnen van een registratieformulier.

- De vragen over verwijzingen blijven van groot belang. Toegevoegd zou moeten worden een vraag of de verwijzing al of niet voor de op het registratieformulier vermelde klacht is (het vermoeden bestaat dat het wel voorkomt dat een patiënt voor bijvoorbeeld zijn zweetvoeten komt en omdat hij er toch is, even een verwijskaart voor de oogarts vraagt).
- De vragen naar ad hoc-contacten met andere hulpverleners in de eerstelijns blijken zowel gezien de opgestelde hypothesen, als de (weliswaar summiere) gegevens uit de case-studie van grote betekenis voor de verklaring van verschillen tussen solo- en samenwerkende artsen. Niet alleen is belangrijk het aantal contacten dat plaatsvindt, maar vooral de inhoud van dat contact. De contacten zullen gecategoriseerd moeten worden naar de inhoud van dat contact. Die indeling in categorieën blijkt overigens te verschillen voor contacten met verschillende hulpverleners. Onderscheiden moeten worden contacten met collega-huisartsen, eerste-lijnshulpverleners met wie de huisarts een verwijzende relatie heeft, zoals fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en psychologen en wijkverpleegkundigen.

In contacten met huisartsen onderscheiden we:

- Contacten na waarneem-situaties.
- Contacten met consultatief karakter - onmiddellijk tijdens of vlak na een consult
 - achteraf in case-besprekingen
- Contacten met een "scholend" karakter.
- Overige contacten.

Met fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen etc.:

- Contacten met een verwijzend karakter.
- Informatie over de voortgang van de behandeling.
- Overleg over verandering van behandeling.
- Overleg over verwijzing naar specialist.
- Contacten met een consultatief karakter.
- Overige contacten.

Met wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgden:

- Verzoek tot verpleging of verandering van verpleging op basis van medische informatie.
- Doorgeven van informatie die voor de arts of de verpleegkundige van belang kan zijn.
- Overige contacten.

De inhoudelijk interessante vraag of door een consultatie wellicht een verwijzing is voorkomen blijkt dermate subtiel dat een rechtstreekse vraag (werd een verwijzing overwogen?) vooral bij consultatie van een specialist niet altijd werd ingevuld. Een nadere analyse van de gevallen waarbij van consultatie sprake was (diagnose, duur van de ziekte, verrichte diagnostiek) levert wellicht meer informatie op over het nut van consultatie. Uiteraard moet dan bij veel artsen en gedurende een langere tijd geregistreerd worden. In de case-studie samenwerking vonden we bij 7 artsen gedurende 10 weken registratie slechts 5 gevallen van consultatie van een collega-huisarts tijdens het spreekuur. In alle vijf gevallen werd overigens verwijzing overwogen, maar vond toch geen verwijzing plaats. De consultaties van collega huisartsen buiten het spreekuur zijn bij huisartsen in een gezondheidscentrum veel frequenter, maar meestal betreft dat gevallen waarbij niet direct aan een verwijzing naar de

de specialist wordt gedacht.

Uiteraard valt te overwegen een registratie-onderzoek te doen uitsluitend gericht op de contacten met andere hulpverleners, tegenover het voordeel van lagere kosten staat echter een aantal belangrijke nadelen. De betrouwbaarheid wordt aanzienlijk lager door het niet-routinematige karakter van de registratie, terwijl door zo specifiek de aandacht te richten op samenwerkingscontacten, de kans groot wordt dat het onderzoek de contacten met andere hulpverleners stimuleert (onderzoekseffect).

Bovendien ontbreekt dan de mogelijkheid de samenwerkingsgegevens te relateren aan input, process en output-gegevens van de betreffende praktijk.

5. SAMENVATTING EN BELANGRIJKSTE CONCLUSIES

Nadat in de eerste fase van het onderzoek "Samenwerken en Verwijzen" was vastgesteld dat de lagere ziekenfonds verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra niet veroorzaakt worden door structurele factoren en ook niet door de leeftijdsopbouw van de ziekenfondspraktijk, kwam een serie vragen aan de orde die alle zijn terug te voeren op één centrale vraag: "hoe komen de lagere verwijscijfers tot stand". Mede omdat vooral lagere verwijscijfers geconstateerd werden bij de zogenoemde beschouwende specialismes werd verondersteld dat de huisartsen in gezondheidscentra op een andere wijze hun taak uitoefenen dan solo-artsen.

Die andere taakuitoefening zou dan vooral tot uiting kunnen komen op een of meer van de volgende manieren:

- vaker patiënten terugbestellen; of meer herhalingsconsulten realiseren
- meer gebruik maken van diagnostische hulpmiddelen
- meer verwijzingen binnen de eerste lijn
- meer consultatie van collega-huisartsen betreffende diagnose en/of behandeling van patiënten (second opinion)
- meer consultatie van specialisten (met name internisten)

Gegevens die een antwoord kunnen opleveren met betrekking tot de hierboven genoemde aspecten, moeten in de huisarts-praktijk zelf verzameld worden.

De kosten die gepaard gaan met een registratie in een groot aantal huisartspraktijken (tenminste 100) en gedurende langere tijd (tenminste tien weken) staan echter niet in verhouding tot de te onderzoeken 'beperkte' vraagstelling.

Na een intensieve discussie binnen de onderzoeksbegeleidingscommissie werd gekozen voor een beperkte aanpak van het onderzoek. Het werd een onderzoek bij negen huisarts-praktijken met het karakter van een case-studie. Door een overwogen keuze van de praktijken zou het mogelijk moeten zijn enige aanwijzingen te vinden voor de geldigheid van de veronderstellingen. Tevens kon dan ervaring worden opgedaan met de methode van gegevensverzameling en kon een gefundeerde keuze worden gemaakt uit de te registreren gegevens.

Omdat ook nog tijdens de eerste fase van het onderzoek werd vastgesteld dat er ook buiten gezondheidscentra veelvuldig monodisciplinair en multidisciplinair werd samengewerkt (Wijkkel, 1984), werden

als vergelijkingsmogelijkheid voor de mono- en multidisciplinair samenwerkende huisartsen in gezondheidscentra (drie huisartsen: arts 1, arts 3 en arts 7) de volgende praktijken in het onderzoek betreffen:

- solopraktijk; geen mono- en multidisciplinaire samenwerking (arts 2 en arts 5).
- solopraktijk in home-team; geen mono- maar wel multidisciplinaire samenwerking (arts 6 en arts 8).
- duopraktijk; wel mono- maar geen multidisciplinaire samenwerking (arts 4 en arts 9).

Bij alle negen praktijken werd gedurende een periode van maximaal tien weken ieder consult geregistreerd, gecodeerd en via een computer verwerkt.

Behalve de praktijkvorm verschilden de praktijken ook op een aantal andere (structurele) punten. We noemen hier de belangrijkste.

De meeste praktijken zijn in (1, 3, 4, 5, 9) of vlakbij (7, 8) een grote stad gevestigd. Alleen de praktijken 2 en 6 zijn in kleinere woonplaatsen gevestigd. Eén praktijk is duidelijk groot te noemen (8 met 3500 patiënten) en twee praktijken tamelijk klein (1 en 3 met nog geen 1700 patiënten).

Twee praktijken hebben een laag percentage ziekenfondsverzekerden (4 en 7; 46%) en twee praktijken een hoog percentage (1 en 3; 91%).

Wat de leeftijdsopbouw betreft zijn er ook belangrijke verschillen. Arts 2 en arts 6 hebben verhoudingsgewijs veel bejaarden en arts 3 en 7 weinig bejaarden in de praktijk.

De consulten; verschil in klachtenaanbod

De verschillen in een aantal structurele aspecten hebben uiteraard ook consequenties voor de andere variabelen die we zullen bespreken. Arts 9 blijkt vanwege een aantal redenen een dermate afwijkende praktijkvoering te hebben dat hij op veel punten niet vergelijkbaar is met de andere huisartsen. Arts 9 zal daarom met uitzondering van het stuk betreffende de samenwerking buiten beschouwing blijven. Wat het aantal consulten per patiënt betreft, zijn er weliswaar enige verschillen te constateren tussen de artsen, maar die verschillen zijn voor een deel te verklaren uit de praktijksamenstelling.

Ook het verschil in aantal visites hangt samen met de leeftijdsopbouw. Arts 4, die 'huisarts' in een bejaardenverzorgingstehuis is, heeft bijna een kwart van de patiëntencontacten in de vorm van visites. Verschil in werkwijze komt duidelijk tot uiting in het percentage telefonische consulten. Twee artsen werkzaam in een gezond-

heidscentrum hebben veel telefonische consulten. Ondanks het verschil in leeftijdsopbouw van de praktijken verschilt het percentage eerste consulten niet erg. Rond de 50% van de aangeboden klachten blijkt 'nieuw' te zijn.

De aangeboden klachten zijn gecodeerd met behulp van de Nederlandstalige versie van de ICD-9-CM en op twee manieren tot meer handzame categorieën samengenomen. Eenmaal volgens de indeling volgens hoofdcategorieën van de ICD en éénmaal volgens een indeling in clusters van gelijksoortige diagnostische categorieën. De artsen verschillen onderling weinig. Bezien we de verschillende groepen artsen dan valt in de eerste plaats op, dat twee van de drie artsen van gezondheidscentra meer 'symptomen' scoren; waarschijnlijk hangt dat samen met de jongere praktijken van deze artsen. De multidisciplinair samenwerkende artsen diagnostiseren vaker psychische of psycho-sociale problematiek (zowel de artsen in home-teams als de artsen in gezondheidscentra). Solo-arts 2 valt op doordat hij relatief vaak 'nazorg' invult. (Hij heeft veel oudere patiënten die door specialisten zijn behandeld). Duo-arts 4 heeft vaak (maligne) nieuwvormingen. Geen verschillen zijn er voor wat betreft het aantal onzekerheidsdiagnoses, maar de multidisciplinair samenwerkende artsen scoren duidelijk meer klachten als psycho-sociaal.

Activiteiten tijdens het consult

Wat het gebruik van diagnostische hulpmiddelen betreft zijn er weinig verschillen tussen de huisartsen te onderkennen, de verschillen die er zijn (solo-arts 2 laat in verhouding weinig laboratoriumtests verrichten) hebben niet duidelijk met de praktijkvorm te maken. Wat de therapeutische handelingen betreft valt op dat de multidisciplinair samenwerkende huisartsen in verhouding vaker aangeven dat ze een therapeutisch gesprek hebben gevoerd; hetgeen in overeenstemming is met het grotere aanbod aan psychische problemen, danwel het meer onderkennen van die problematiek.

De belangrijkste constatering met betrekking tot het ad hoc overleg (onderlinge consultatie) tijdens het consult, is dat het weinig voorkomt. Er bestaan tussen de praktijkvormen wel duidelijke verschillen. Zo hebben de artsen in gezondheidscentra vaker contact met eerstelijns-hulpverleners dan met specialisten. De huisartsen in gezondheidscentra consulteren hun collega's het meest, ook meer dan de geassocieerde huisartsen. Multidisciplinair samenwerken in een home-team of een gezondheidscentrum blijkt in deze case-studie samen te gaan met een groter aantal contacten met andere eerstelijns-hulpverleners. (Het aantal contacten is zoals gezegd echter gering).

De beëindiging van het consult

Ook na het consult vinden contacten plaats tussen huisartsen en andere hulpverleners. Weliswaar registreerden we die contacten maar gedurende twee weken, maar doordat we de arts naar aanleiding van ieder contact enige vragen konden stellen weten we in kwalitatief opzicht meer van deze contacten. Zo blijken de meeste contacten met specialisten van organisatorische aard te zijn. (Het regelen van een opname, het maken van afspraken voor patiënten en dergelijke). Uiteraard zijn dergelijke contacten zeer zinvol, maar men mag niet verwachten dat dankzij dergelijke contacten een verwijzing naar de specialist kan worden voorkomen. Met een internist bleek alleen arts 4 duidelijk consultatieve contacten te hebben. Ondanks veel ouderen in zijn praktijk kan deze arts zijn verwijzingscijfer naar interne geneeskunde nog relatief laag houden. Het consulteren van collega-huisartsen met betrekking tot diagnose en behandeling komt voornamelijk voor bij de artsen in gezondheidscentra. Ook de geassocieerde arts 4 consulteert zijn collega twee keer. (De contacten met collega's van solo-artsen betreffen uitsluitend waarneemsituaties). Alhoewel het consulteren van collega's samengaat met lagere verwijzingscijfers voor interne geneeskunde kon aan de hand van de samenwerkingsgevallen nauwelijks een directe oorzakelijke relatie gelegd worden. Een verwijzing werd namelijk zelden overwogen.

Wanneer de verschillende mogelijkheden om een consult te beëindigen worden bekeken, kan niet duidelijk gesproken worden van onderlinge uitwisseling van bijvoorbeeld voorschrijven van medicijnen, terugbellen en verwijzen.

Huisarts 1 die werkzaam is in een gezondheidscentrum is wellicht een uitzonderlijke huisarts. Hij schrijft weinig medicamenten voor, verwijst weinig naar fysiotherapie en ook zeer weinig naar specialisten. Daarentegen voert hij verhoudingsgewijs veel therapeutische gesprekken en consulteert hij vaak collega-huisartsen. Bij de andere huisartsen liggen de zaken minder duidelijk, maar op basis van de negen onderzochte huisartspraktijken kunnen we stellen dat de veronderstelling, dat tegenover een besparing in de tweedelijns meer kosten staan in de eerstelijns, niet wordt ondersteund. Alleen naar het algemeen maatschappelijk werk vinden misschien wat meer verwijzingen plaats.

Als met fysiotherapeuten nauw wordt samengewerkt, zoals het geval is bij de drie onderzochte huisartsen in gezondheidscentra, betekent dat niet automatisch meer uitgaven voor fysiotherapie. Als er al betrekkelijk veel wordt verwezen (arts 7) dan nog is het aantal gedeclareerde behandelingen niet hoger dan gemiddeld. (Dus minder behan-

delingen per verwijzing).

Wanneer we het rijtje veronderstellingen van het begin van deze samenvatting nog eens doorlopen, zien we dat we op basis van de onderzochte praktijken maar één duidelijk verschilpunt hebben kunnen ontdekken: De huisartsen in gezondheidscentra blijken inderdaad vaker inhoudelijke consultaties bij hun collega's te doen dan andere artsen. Daarnaast bleken alle multidisciplinair samenwerkende artsen meer psychische problemen te zien, te benoemen en middels een therapeutisch gesprek te 'behandelen'. We trekken daaruit de conclusie dat het de moeite waard lijkt bij het verdere onderzoek de aandacht te richten op die onderlinge consultaties, verzameld volgens de door ons gehanteerde methode. De huisartsen via een vragenlijst benaderen met de vraag hoe vaak ze over het algemeen een collega-huisarts (of specialist) consulteren blijkt minder zinvol. We roepen in herinnering de resultaten van het tweede rapport van dit onderzoek (Wijkkel, 1984) waar op een dergelijke vraag door veel huisartsen met 'regelmatig consulteren' werd gereageerd. Bij deze case-studie blijken eigenlijk alleen de artsen in gezondheidscentra dat ook werkelijk te doen; de contacten met andere huisartsen door solo-artsen gerapporteerd blijken dan vooral informatief te zijn, gericht op waarneemsi-tuaties.

Hypotheses

Een verdere en meer diepgaande analyse van de ad-hoc contacten wordt ook gesuggereerd wanneer we met behulp van theoretische noties uit de organisatiekunde en de sociale psychologie proberen het mogelijke effect van samenwerking op de verwijscijfers te verklaren. Achtereenvolgens werden de 'cumulatie van kennis' hypthese, de 'efficiëntie' hypothese, de 'referentiegroep' hypothese en de 'onzekerheidsreductie' hypothese behandeld.

De ad hoc consultatie van collega huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn heeft als gevolg, dat de kennis van de consulterende arts wordt vergroot en dat bij twijfel over al of niet verwijzen de onzekerheid wordt gereduceerd. Door juist collega's als referentiegroep te gebruiken en niet patiënten of specialisten is de druk om te verwijzen kleiner. Door het samenwerken in één gebouw kan de efficiëntie van de hulpverlening worden opgevoerd, zodat voldoende tijd per consult kan worden uitgetrokken, bovendien zorgt de fysieke nabijheid van collega's voor voldoende kansen om elkaar te treffen.

Voor de goede orde moeten we hier benadrukken dat het hier om veronderstellingen gaat en niet om feitelijke bevindingen.

Nader onderzoek naar de hypothesen die in hoofdstuk vier zijn geformuleerd kan het inzicht in de meerwaarde van samenwerking beduidend vergroten.

LITERATUUR

- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS, J. VAN DER MANNEN. 1985. Tijd voor kwaliteit; evaluatie onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. OSA rapport 8, Amsterdam.
- BEIJK, J. 1980. De cognitieve revolutie in de psychologie - de attributietheorie. *De Gids*, 43,6.
- BOERMA, W.G.W. 1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984, NHI, Utrecht.
- BRUINS, C.P., K.H. Noordhoff, W. Verdenius, 1973. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 16, 79.
- CREBOLDER, H.F.J.M. 1976. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (V), De maatschappelijk werker en zijn werk, belicht vanuit zijn registratie, *Huisarts en Wetenschap* 19.
- DOORSLAER, E. VAN en J. GEURTS. 1984. Community health centres and health care utilization in The Netherlands, Rijksuniversiteit Limburg. Capaciteitsgroep Gezondheidseconomie.
- DOPHEIDE, J.P. 1982. Verwijzingen door de huisarts, Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.
- DOPHEIDE, J.P. 1982. Verwijzingen door de huisarts; enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het versteedelijk platteland en in forensengemeenten. *Gezondheid en Samenleving* 3, 141-151.
- DOWIE, R. 1983. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. King Edward's Hospital Fund, London.
- FAG, Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. 1982. Voorwaarden voor vernieuwing. SOSEL, Amsterdam.
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M., G. STERENBERG, R. STEWART en H. WESSELING. 1985. Praktijkvoering en voorschijfgedrag. In: *De eerste lijn onderzocht*: W.G.W. BOERMA en L. HINGSTMAN (red.). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- HELD, P.J; en U. REINHARDT (eds.) 1979. Analysis of Economic Performance in Medical Groep Practices; final report. Princeton, Mathematical Policy Research.
- HUGHES, E.C. 1971. *The Sociological Eye: selected papers*. Chicago/New York, Aldine-Atherden.
- HUYGEN, F.J.A. 1962. Het home-team, *Huisarts & Wetenschap*, 119-123.

- JANIS, I.L. and MANN, L. 1977. Decision Making. A psychological analysis of conflict, choice and commitment. The Free Press, New York.
- KERKHOFF, A.H.M. 1983. De verwijzer verwezen? Enige kanttekeningen bij het plan tot invoering van advies- en verwijkskaarten. Medisch Contact 38, 22, 647-649.
- LONG, M.J. 1982. An integrated theory of provider behavior in health maintenance organizations. Journal of Community Health, Vol. 8, 119-129.
- MELKER R.A. 1979. Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten. In: Holland naar de horizon, NHI, Utrecht, 79-90.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. 1984. Nota Eerstelijnszorg.
- MOOTZ, M. 1984. Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien, Medisch Contact 38, 1201-1205.
- PERINBANA YAGAIM. 1977. The structure of motives. Symbolic interaction, 1, 104-120.
- PETERSON, K.J. 1978. Taking license with medical work notes on the resolution of risk and uncertainty in a gynaecological self-help clinic. Symbolic Interaction 1, 138-146.
- SANAVRO, F. 1985. Huisartsconsulten in gezondheidscentra en solo-praktijken. In: De eerste lijn onderzocht: W.G.G. BOERMA en L. HINGSTMAN (red) Van Loghum Slaterus, Deventer.
- SMR, Stichting Medische Registratie, 1980. Classificatie van ziekten 1980, centrum voor informatieverwerking voor de nederlandse ziekenhuizen, Utrecht.
- SONSBEEK, J.L.A. VAN en L.H. STRONKHORST, 1983. Statistische onderzoeken, methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Rapportnr. M22. CBS, Den Haag.
- STRUMPF, B.G., F.H. SENBOLD, M.B. ARRILL, 1978. Health Maintenance Organizations 1971-1977. Issues and Answers. Journal of Community Health. Vol 4.
- SCHNEEWEISS, R., R.A. ROSENBLATT, D.C. CHERKIN, C.R. KIRKWOOD en G. HART. 1983. Diagnostic clusters; A new tool for analyzing the context of ambulatory medical care. Medical Care, 21, 105-122.
- VERHAAK, P.F.M. 1984. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62, 450-454.
- VLIET, R.C.J.A. VAN, VAN DE VEN, W.P.M.M. 1982. Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfondsen en particulier verzekerden, II, COEPS - rapport, Leiden.

- WILLIAMSON, P.M; 1975. The Adaptation of New Doings. Social Science and Medicine 9, 233-236.
- WOLINSKI, F.D. en W.D. MARDER. 1982. Spending time with patients: The impact structure on medical practice.
- WIJKEL, D. 1983. Samenwerken en Verwijzen, deel I. Praktijkvorm en Productiecijfers, NHI, Utrecht.
- WIJKEL, D. 1984. Samenwerken en Verwijzen, deel II. Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken, NHI, Utrecht.
- WIJKEL, D. 1985. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken. In: De eerste lijn onderzocht: W;G.W. BOERMA en L. HINGSTMAN (red.). Van Loghum Slaterus, Deventer.
- ZEE, J. VAN DER. 1979. Samenwerking tussen hulpverleners. NHI, Utrecht.
- ZEE, J. VAN DER. 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, NHI, Utrecht.

Bijlage A

6. Richt U zich bij het zoeken naar een praktijk op een bepaald soort vestiging of maakt het U niet uit op wat voor wijze U zich zult vestigen?

- Maakt niet uit wat voor vestigingswijze
- Overname van een praktijk
- Associatie
- Gesteunde vrije vestiging
- Niet-gesteunde (ook wel aangeduid als 'wilde') vrije vestiging
- Dienstverband
- Vestiging in gezondheidscentrum
- Vestiging als assistent in een huisartspraktijk
- Andere wijze, te weten -----

7. Richt U zich bij het zoeken naar een praktijk op een bepaalde vorm van praktijkuitoefening?

- Nee, geen voorkeur
- Ja, solopraktijk
- Ja, samenwerkingsverband

Bijlage B

Gemiddelde verwijscijfers per specialisme van drie groepen solo-artsen (verwijsgegevens 1983).

Specialisme	Solo-artsen met voorkeur voor:		
	Solo-praktijk	Associatie	Gezondh.cent.
Oogheelkunde	107.7	105.8	110.6
KNO	43.1	37.9	43.6
Chirurgie	67.2	57.2	66.9
Plastische chirurgie	4.3	4.6	4.8
Orthopedie	26.4	25.8	26.2
Urologie	11.9	12.0	14.0
Gynaecologie	41.7	38.9	42.6
Neurochirurgie	0.9	1.6	1.3
Zenuw- en zielsziekten	17.6	18.3	15.0
Dermatologie	31.6	31.1	35.1
Interne geneeskunde	47.3	48.2	43.7
Kindergeneeskunde	15.8	13.1	16.8
Maag- en darmstoornissen	2.0	2.0	2.4
Cardiologie	16.7	18.1	23.1
Longziekten/tuberculose	11.4	11.1	11.6
Reumatologie	4.2	3.8	4.4
Psychiatrie	6.8	7.1	6.1
Revalidatie	1.6	2.0	3.2
Mondheelkunde	2.9	1.9	3.9
Overig	8.7	3.8	7.2
Gezonde zuigelingen	0	0	0

Heelkundige specialismen	303.2	283.9	310.0
Interne specialismen	80.6	78.2	78.9
Overige specialismen	82.1	81.1	103.3
Totaal verwijscijfer zonder oogheelkunde	35.3	337.3	381.6
Totaal verwijscijfer	466.0	443.1	492.2
N =	34	48	21

BIJLAGE C

NERDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Consultregistratie 'Samenwerken en Verwijzen'

ALGEMENE GEGEVENS		DIAGNOSE	
Codenr, arts: _____ Datum: _____ Geboortejaar Patiënt: _____ Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw. Ziektekostenverz.: <input type="checkbox"/> fonds <input type="checkbox"/> part. Volgnummer consult: _____ Aard van consult: <input type="checkbox"/> eerste contact <input type="checkbox"/> chron. aandoening <input type="checkbox"/> pill/zwangersch.contr. <input type="checkbox"/> herh. controle <input type="checkbox"/> overige <input type="checkbox"/> telef. <input type="checkbox"/> visite <input type="checkbox"/> avond/weekend	Diagnose/Probleem: (1) (1) puur somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puur psychosociaal <input type="checkbox"/> Diagnose/Probleem: (2) (2) puur somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puur psychosociaal <input type="checkbox"/>	(1) (2) Karakter van de diagnose <input type="checkbox"/> diagnose gesteld; ziekte/afwijking bekend <input type="checkbox"/> diagnose niet zeker; er is slechts een groot aantal mogelijkheden over <input type="checkbox"/> er is voor diagnose nog een groot aantal mogelijkheden over <input type="checkbox"/> diagnose is volstrekt onzeker <input type="checkbox"/> geen ziekte/aandoening	
ACTIVITEITEN			
(1) (2) Diagnostische activiteiten <input type="checkbox"/> eigen laboratorium <input type="checkbox"/> laboratorium extern <input type="checkbox"/> röntgenonderzoek <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> overig: _____	(1) (2) Lichamelijk onderzoek <input type="checkbox"/> tensie-meting <input type="checkbox"/> thorax beluisteren <input type="checkbox"/> overige specifieke onderzoeken <input type="checkbox"/> uitgebreid lichamelijk onderzoek <input type="checkbox"/>	(1) (2) Behandelingen (etc.) <input type="checkbox"/> kleine chirurgische ingrepen <input type="checkbox"/> wondbehandeling <input type="checkbox"/> vaccinatie <input type="checkbox"/> therapeutisch gesprek* <input type="checkbox"/> *gesprek langer dan 10 minuten	
(1) (2) Medicijnen voorgeschreven <input type="checkbox"/> ja, nieuw recept <input type="checkbox"/> ja, herhalingsrecept <input type="checkbox"/> nee	(1) (2) Vervolgafspraken <input type="checkbox"/> geen afspraken <input type="checkbox"/> niet terugkomen <input type="checkbox"/> terugkomen bij geen verbetering <input type="checkbox"/> terugkomen bij geen verbetering binnen: <input type="checkbox"/> opbellen (voor uitslag) over: <input type="checkbox"/> terugkomen over: <input type="checkbox"/> afspraak voor gesprek	Adviezen, leefregels, gesprek (etc.): (1) Adviezen, leefregels, gesprek (etc.): (2)	
Verwijzing/Opname: ook de vragen bij B beantwoorden		Overleg met andere hulpverleners n.a.v. dit consult: ook de vragen bij C beantwoorden	
(1) <input type="checkbox"/> verwijzing hulpverlener: _____ (2) <input type="checkbox"/> verwijzing hulpverlener: _____	<input type="checkbox"/> opname <input type="checkbox"/> opname	(1) <input type="checkbox"/> overleg tijdens consult <input type="checkbox"/> anders: t.w. _____ (2) <input type="checkbox"/> overleg tijdens consult <input type="checkbox"/> anders: t.w. _____	<input type="checkbox"/> mondeling <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> mondeling <input type="checkbox"/> telefonisch
B		C	
Het initiatief voor deze verwijzing ligt: <input type="checkbox"/> (bijna) uitsluitend bij de huisarts <input type="checkbox"/> meer bij de huisarts dan bij de patiënt <input type="checkbox"/> meer bij de patiënt dan bij de huisarts <input type="checkbox"/> (bijna) uitsluitend bij de patiënt <input type="checkbox"/> niet van toepassing Wordt de andere hulpverlener informatie verstrekt? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, schriftelijk <input type="checkbox"/> ja, mondeling ALLEEN VOOR VERWIJZING NAAR SPECIALIST A. Is er sprake van een: <input type="checkbox"/> verlengingsverwijzing (speciaal. wil behand. na 1 jaar voortzetten) <input type="checkbox"/> refractieverwijzing (elke visus-afwijking die volgens h.a. wordt veroorzaakt door refractie-afw.) <input type="checkbox"/> achterafverwijzing (patiënt komt met nieuwe aandoening buiten huisarts om bij de specialist) <input type="checkbox"/> initiatief van andere hulpverleners dan huisarts/waarnemer geen specialist (bijv. school-, keurings-, sport- of tandarts, maatsch. werk, verloskundige, etc.) <input type="checkbox"/> initiatief van een specialist (speciaal. A verwijst naar speciaal. B via huisarts; of: speciaal. wil opnieuw een verwijskaart wegens verandering van huisarts) <input type="checkbox"/> initiatief van huisarts/patiënt B. Voor zover nu te overzien, is deze verwijzing bedoeld voor: <input type="checkbox"/> louter diagnose door de specialist <input type="checkbox"/> behandeling door specialist <input type="checkbox"/> diagnose en (zonnig) behandeling door de specialist		1. Wat is de aard van het overleg? - Directe patiëntenzorg: <input type="checkbox"/> consultatie i.v.m. behandeling <input type="checkbox"/> consultatie i.v.m. diagnose <input type="checkbox"/> informierend (gezamenlijke patiënt) <input type="checkbox"/> informierend (in waarnemingsituatie) <input type="checkbox"/> verwijzend (wilt U patiënt x behandeling A geven?) <input type="checkbox"/> overig, t.w.: - Andere vorm van overleg: <input type="checkbox"/> organisatorisch (bijv. het regelen van opnamen) <input type="checkbox"/> bemiddelend (bijv. bij verzekeringsgeneeskundigen) <input type="checkbox"/> scholend (bijv. het tonen van een zeldzame aandoening aan collega's) <input type="checkbox"/> patiënt wordt besproken in teamoverleg <input type="checkbox"/> overig, t.w.: 2. In geval van consultatie: - Werd verwijzing naar een specialist overwogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
		OPMERKINGEN: _____	

BIJLAGE D

Samenwerkingscontacten met de eerstelijns buiten de spreekuren

Als vervolg op het huisarts-patiënt-consult kan een huisarts besluiten de problematische gevallen aan collega's voor te leggen, tijdens al of niet formele bijeenkomsten. Zo'n contact kan opgevat worden als 'het verkrijgen van een second opinion', of wanneer er sprake is van een specialisatie van een collega of andere hulpverlener in de eerstelijns als 'consultatie'.

Een ander soort contact betreft organisatorische aspecten en/of het doorspelen van informatie. De huisarts kan bijvoorbeeld contact zoeken met de wijkverpleegkundige om te vertellen dat een patiënt verpleegkundige hulp nodig heeft; tevens kunnen dan afspraken gemaakt worden over de benadering van de patiënt in relatie tot de gezinsituatie. De operationele samenhang wordt op deze manier bevorderd. In deze paragraaf zullen we de geregelde en de ad hoc-contacten in twee weken tijd van de negen onderzochte huisartsen bespreken. Een beschrijving van contacten met specialisten is te vinden in bijlage F. Contacten met andere hulpverleners en instanties buiten de eerstelijns laten we hier verder buiten beschouwing.

Arts 1 - werkzaam in een gezondheidscentrum heeft een aantal overlegsituaties die wekelijks of tweewekelijks plaatsvinden. Met de collega-huisartsen vindt wekelijks monodisciplinair overleg plaats over organisatorische aspecten (dienstrooster e.d.), maar ook over de inhoud van het werk. Regelmatig wordt ook het maatschappelijk werk uitgenodigd. Tijdens deze registratieperiode bracht arts 1 drie patiënten in voor een gevalbespreking. Van een patiënt die illegaal in het land is, met als probleem tallacemie, wordt als advies gegeven niets te doen. Ten behoeve van een patiënt met de ziekte van Kale en als nieuw probleem carcinoom van de valva, wordt geadviseerd een specialist te consulteren van een hoogbejaard patiënt met decorumverlies en een veelvoud aan somatische problemen wordt afgesproken dat screening door een psychogeriatrater zal plaatsvinden.

In het overleg tussen huisartsen en maatschappelijk werker komt het gebruik van een anti-depressivum aan bod en de procedure bij verwijzingen naar de GG en GD afdeling GGZ (eerst bij de maatschappelijk werkers langs).

In het bilaterale overleg tussen arts 1 en de fysiotherapeut komt de voortgang in de behandeling van acht patiënten aan de orde.

Met de wijkverpleegkundige vindt ook bilateraal overleg plaats.

Naast organisatorische kwesties rond consultatiebureaus, komt de problematiek van een samenwonend bejaard paar aan de orde en daarnaast de verzorging van de hoogbejaarde patiënt die ook tijdens het huisartsenberaad werd besproken. Ook wordt met de wijkverpleegkundige een evaluatie gehouden van een gespreksgroep uit het zuigelingenconsultatiebureau. Met de assistente tenslotte wordt dagelijks gedurende een kwartier de assistent-patiënt contacten doorgenomen. Inhoudelijk multidisciplinair overleg vindt in het gezondheidscentrum niet plaats.

Ad hoc-overleg met collega-huisartsen vindt in vijf gevallen plaats in verband met waarneming. Daarnaast vinden nog 14 andere contacten plaats. In zes gevallen zijn die contacten informatief. Een huisarts die op vakantie gaat, geeft over twee van zijn patiënten instructies; in twee andere gevallen is het contact scholend (informatie over speciale steunzolen en het showen van een zelden voorkomende schaamluis); ook de effectiviteit van haptonomie komt tijdens de koffiepauze aan bod.

De overige acht gevallen betreffen het vragen van advies. Vijf keer wordt arts 1 om raad gevraagd, en 3 keer vraagt arts 1 zelf om raad. In één geval kan daarbij gesproken worden van het voorkomen van een verwijzing; het ging daarbij om een patiënt met een specifieke schimmel-infectie van de huid, die de eigen huisarts niet, maar de geconsulteerde huisarts wel kon diagnostiseren.

Met de wijkverpleegkundige wordt in negen gevallen informatie uitgewisseld over de toestand van een patiënt. Ook worden daarbij afspraken gemaakt over de behandeling en verpleging van een patiënt. Met de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker, de bejaardenhulp en een apotheker, vindt éénmaal overleg plaats. De apotheker wordt om advies gevraagd met betrekking tot een specialistische medicamenteuze behandeling, maar de andere contacten hadden een informatief karakter.

Arts 2 - heeft met alle huisartsen in zijn woonplaats een geregeld overleg. In dat overleg worden afspraken gemaakt over de waarneming (ook inhoudelijk).

Tijdens de vergadering die door de onderzoeker werd bijgewoond kwamen drie aspecten van zorgverlening aan bod. Over een lastige patiënt die liefst 's nachts om medicijnen komt zeuren, wordt afgesproken daar niet op in te gaan. Over het gebruik van een zwaar

slaapmiddel worden ook afspraken gemaakt. Tenslotte wordt nog een 'casus' besproken van een patiënte die een beroerte kreeg na het overlijden van haar man.

Ad hoc-contacten vinden acht keer met collega's plaats in verband met waarneming van wederzijdse patiënten.

Drie keer vindt telefonisch contact met een fysiotherapeut plaats. De fysiotherapeut meldt dat hij een examen haptonomie heeft gehaald. In een ander contact wordt gemeld dat een patiënt zich verstapt heeft, in onderling overleg wordt besloten de patiënt naar de chirurg te verwijzen. De huisarts zelf belt op om de therapeut te vragen een patiënt te willen bekloppen in verband met vastzittend slijm.

Eén keer wordt contact opgenomen met een apotheker met de vraag of een bepaald medicijn op de verboden ZF-lijst staat en één keer wordt instructie gegeven aan een kraamverpleegster tijdens bezoek aan een kraamvrouw.

Arts 3 - werkzaam in hetzelfde gezondheidscentrum als arts 1, heeft uiteraard ook monodisciplinair huisartsenberaad. Vier patiënten komen daarbij aan bod en bovendien organisatorische kwesties.

Ook met de wijkverpleging en de diëtist vindt een geregeld overleg plaats, waarbij over en weer informatie wordt doorgegeven of over algemene aspecten wordt gepraat.

Ad hoc-overleg met andere huisartsen vindt éénmaal plaats in het kader van een waarneming. In drie gevallen vindt advisering rond diagnose of behandeling plaats en één maal uitsluitend voor het doorgeven van informatie.

De fysiotherapeut belt arts 3 om terug te rapporteren over de behandeling van een verwezen patiënt.

Arts 4 - die een associatie met zijn echtgenote heeft, is huisarts van een belangrijk aantal patiënten in een bejaarden-verzorgingstehuis. Ten behoeve van deze patiënten wordt bij ieder bezoek aan het bejaardentehuis overleg gepleegd met de verpleging van het tehuis. De verzorging van de zieke bejaarden wordt dan systematisch doorgenomen (het betreft ongeveer 11 patiënten per bezoek). Ook met twee fysiotherapeuten wordt de behandeling van ongeveer 30 patiënten doorgesproken.

In het maandelijks overleg met een apotheker wordt de medicatie van ± 36 patiënten doorgesproken. Ook komen dan algemene aspecten aan de orde (nieuwe medicamenten en dergelijke), maar de belangrijkste on-

derwerpen betreffen toch de dosering en de mogelijke contra-indicaties.

Geheel buiten het kader van het verzorgingstehuis valt de deelname aan overleg tussen een groep huisartsen en een eerstelijnspsycholoog. De psycholoog bespreekt met de huisartsen een aantal "lichtere" psychische problemen, waarna gezamenlijk wordt besloten of de psycholoog zo'n patiënt 'in behandeling' neemt (gedurende een aantal weken therapeutische gesprekken).

Twee patiënten van huisarts 4 werden besproken tijdens de bijeenkomst die door ons werd bijgewoond. Eén patiënte zou, op instigatie van haar 'vriend', emigreren; ze nam impulsief ontslag, maar de reis ging niet door.

Patiënte wordt nu geconfronteerd met werkloosheid en een problematische relatie met haar vriend; ze heeft duidelijk professionele steun nodig om zelf haar problemen te kunnen oplossen.

Ad hoc-overleg met een collega-huisarts (echtgenote) vindt tweemaal plaats, waarbij het arts 4 voornamelijk gaat om het verkrijgen van een second opinion in verband met diagnose of behandeling van een patiënt; verwijzing werd niet overwogen.

Arts 5 - had in de registratieperiode alleen geregeld overleg met de fysiotherapeut. Vier patiënten worden besproken; van drie patiënten wordt door de fysiotherapeut gemeld hoever de behandeling gevorderd is, terwijl de vierde patiënt van ziekenfonds naar particuliere verzekering is overgestapt, zodat de huisarts een nieuwe machtiging moet uitschrijven.

Ad hoc-overleg is er met huisartsen uitsluitend in verband met waarnemingsituaties (7x). De wijkverpleegkundige belt tweemaal om te melden dat een patiënt is opgenomen in een verpleeghuis: één keer om te overleggen over de medicatie van een patiënt.

Met de fysiotherapeut vindt tweemaal telefonisch overleg plaats. De therapeut belt om te melden dat er problemen met een patiënt zijn; moet p. naar de specialist worden verwezen? De huisarts belt om opdracht te geven een patiënt te kloppen, totdat de patiënt kan worden opgenomen.

Een vroedvrouw belt op om te vragen of (en zo ja, hoe) een patiënt moet doorgaan met een GTT-dagcurve (bloedsuiker-bepaling).

Arts 6 - neemt deel aan multidisciplinaire samenwerking (huisartsen; wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker). Tijdens het overleg in het home-team komt naast overleg over patiënten ook een aantal

organisatorische zaken aan de orde (aanschaf vloeibare stikstof; achterwachtregeling van de huisartsen).

In het overleg met de wijkverpleegkundige wordt de stand van zaken met betrekking tot zes patiënten doorgenomen. Een zevende patiënt wordt verwezen naar de wijkverpleegkundige. De maatschappelijk werker wordt gevraagd of een patiënt die een "zware" therapie volgt aan alleen 's ochtends hulp wel genoeg heeft (hoe zwaar is die zware therapie?).

Ad hoc-overleg met huisartsen vindt niet plaats. Wel zeven keer met de fysiotherapeut. Twee keer is dat verwijzend (naar de fysiotherapeut) en twee keer wordt op basis van de informatie van de fysiotherapeut besloten tot verwijzing naar een orthopeed.

Twee keer wordt de fysiotherapeut gebeld:

- om naar de toestand van een patiënt te informeren; om uitleg te geven bij röntgenfoto's en te adviseren over verdere behandeling.

De fysiotherapeut belt nog om te melden dat een patiënt slechts "getaped" is (en dus verder niet behandeld).

Een gezinsverzorgster belt arts 6 om te overleggen over de verzorging van een patiënt die tegen de wens van de artsen uit een verpleeghuis thuis komt.

Arts 7 - is arts in een gezondheidscentrum en heeft diverse vormen van geregeld overleg met andere hulpverleners. Tijdens de twee weken dat we deze contacten registreerden, werden twee bijeenkomsten met collega-huisartsen gehouden. Tijdens die bijeenkomsten komen voornamelijk organisatorische zaken en algemene aspecten rond de behandeling van groepen patiënten aan de orde. Zo wordt bijvoorbeeld de mogelijkheid besproken zogenaamde DES-patiënten zelf onder controle te houden, zodat de gebruikelijke verwijzing naar een gynaecoloog achterweg kan blijven.

Tijdens een derde vorm van overleg wordt informatie over waarnemingen uitgewisseld.

Arts 7 heeft verder elf keer een ad hoc-contact met een collega huisarts van het centrum; zes contacten betroffen een 'second opinion' (één keer werd nadrukkelijk een verwijzing overwogen). De behandeling van kinkhoest en de medicijnkeuze bij een huidaandoening zijn twee voorbeelden van onderwerpen.

Eén keer werd met een collega overlegd over de dienstregeling. De overige vier contacten betreffen de problematiek rond het verzoek van een patiënt om euthanasie. Met die collega huisarts wordt onder meer samen een gesprek met de betreffende patiënt gevoerd. Ook met fysiotherapeuten vindt tweemaal geregeld overleg plaats. Dit over-

leg, waarbij voornamelijk informatie wordt gewisseld, betreft 13 patiënten van arts 7. Eénmaal wordt een patiënt naar de orthopeed verwezen, nadat huisarts en fysiotherapeuten gezamenlijk de uitslag van een röntgenfoto hadden besproken.

Ad hoc-contacten met fysiotherapeuten vinden vier keer plaats. Steeds informeert de fysiotherapeut de huisarts over de voortgang van de behandeling van een patiënt.

Met zowel de wijkverpleging als met verloskundigen, vindt éénmaal een geregeld overleg plaats, over algemene aspecten rond de behandeling van groepen patiënten en worden afspraken gemaakt over verwijsendicaties.

Met de wijkverpleegkundigen wordt gesproken over een andere organisatorische opzet van het consultatiebureau. Ad hoc vindt met wijkverpleging slechts één contact plaats. De huisarts verwijst een patiënt terug. Eenzelfde contact vindt ook plaats met een diëtiste.

Met een maatschappelijk werker van het centrum vindt viermaal overleg plaats over de perikelen rond de opname van een psychotische patiënt. Tenslotte vinden nog ad hoc-contacten plaats met de apotheker - om de werking van een medicament te vragen -; met de bejaardenzorg - om de verzorging van een bejaarde te regelen - en een wijkziekenverzorgende belt op om te melden dat een nieuwe patiënt (een probleemgeval) zich bij de praktijk van arts 7 heeft ingeschreven. Multidisciplinair overleg dat maandelijks in het gezondheidscentrum wordt gehouden viel buiten de registratieperiode van twee weken.

Arts 8 - heeft wekelijks inhoudelijk overleg in een home-team dat bestaat uit twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen en een maatschappelijk werker.

Aangezien het zelden voorkwam dat één patiënt door de drie disciplines gelijktijdig werd behandeld, speelde het meeste inhoudelijke overleg (over de 'behandeling' van een patiënt) zich tussen twee hulpverleners af. Naast de wederzijdse informatie-uitwisseling (totaal 11 patiënten) wordt ook aandacht geschonken aan meer algemene zaken. Met de maatschappelijk werker wordt het grote aanbod van patiënten voor het maatschappelijk werk besproken. De maatschappelijk werker kan de stroom patiënten niet meer verwerken, tenzij er met een wachtlijst gewerkt gaat worden, en het samenwerkingsoverleg wordt afgeschaft. Gezamenlijk wordt besloten om actie te ondernemen, opdat de formatieplaatsen voor het maatschappelijk werk kunnen worden uitgebreid.

Met de wijkverpleging wordt gesproken over de gebruikte schema's bij consultatiebureaus. Ook de gang van zaken rond verwijzingen van de

CB-arts wordt besproken. Met de collega-huisarts wordt een aanvraag voor een invaliden-parkeerplaats besproken.

Naast dit geregelde overleg vinden buiten de spreekuren nauwelijks ad hoc-contacten buiten de spreekuren plaats. Met een collega-huisarts één keer om informatie door te geven over een patiënt die tijdens de waarneming was overleden; de maatschappelijk werker belde één keer op om te melden dat een cliënt het contact had afgebroken. Met fysiotherapeuten heeft arts 8 wel regelmatig ad hoc-contacten. Een fysiotherapeut belt in twee weken tijd zes maal op om over de behandeling van verwezen patiënten nader overleg te plegen. Arts 8 belt zelf op om te vragen of de fysiotherapeut een patiënt in de terminale fase kan behandelen.

Een psycholoog belt arts 8 om nadere informatie te vragen betreffende een mogelijk hartlijden van een naar deze psycholoog verwezen patiënt.

Arts 9 - heeft ongeveer drie keer per maand met zijn associé geregeld overleg. In dat overleg dat een informerend en scholend karakter heeft, worden nieuwe ontwikkelingen in de diagnose en behandeling van bepaalde ziektes besproken en worden enige bijzondere ziektegevallen uit de eigen praktijk besproken. In onze registratieperiode werden vier patiënten besproken. Tijdens de registratie van twee weken had arts 9 twee ad hoc-contacten buiten de spreekuren om. Eén keer werd een apotheker gebeld voor nadere informatie over een medicament.

Ook wordt een fysiotherapeut gebeld, omdat een patiënt niet goed op een bepaalde behandeling reageerde. Samen met de fysiotherapeut wordt de patiënt nog eens onderzocht en wordt een nieuw beleid uitgestippeld.

BIJLAGE E

Overleg met specialisten buiten spreekuren

Arts 1 - werkzaam in een gezondheidscentrum wordt tijdens de observatieperiode van veertien dagen slechts éénmaal gebeld door een specialist. Het is een klinisch chemicus die meldt dat een patiëntje van vier jaar positief heeft gereageert op een chonorheu-test. In het overleg wordt afgesproken dat de test herhaald zal worden.

Solo-arts 2 - heeft vijfmaal contact met een specialist. Daarnaast werd een aantal malen tevergeefs contact gezocht met een internist waarmee anders regelmatig overleg wordt gepleegd. Tijdens de observatieperiode van twee weken kwam echter geen contact tot stand. Eénmaal werd een radiodiagnost gebeld om nadere informatie te vragen over een heupfoto. Tweemaal werd een specialist gebeld om te overleggen over de medicatie van een patiënt (een internist en een uroloog). Een gynaecoloog belt op om informatie te verstrekken over de gang van zaken rond een opgenomen patiënt. Tenslotte roept arts 2 tijdens het wekelijkse bezoek aan het naburige ziekenhuis een behandelend specialist ter verantwoording over de reanimatie van een terminale patiënt. De specialist die deze patiënt eigenlijk onder behandeling heeft blijkt met vakantie te zijn!

Arts 3 - heeft in twee weken tijd geen enkel telefonisch of mondeling contact met een specialist buiten het spreekuur.

Arts 4 - heeft zeven keer contact met een specialist buiten zijn spreekuur. Twee keer belt hij zelf op om advies van een internist te vragen. In het ene geval betreft het de behandeling van een patiënt die bij de betreffende internist goed bekend is; in het andere geval vraagt arts 4 naar de preciese betekenis en de consequenties van een labaanvraag (verwijzing werd niet overwogen). De internist neemt twee keer het initiatief om de huisarts te informeren over een gezamenlijke patiënt.

Met een chirurg vinden twee contacten plaats. Eerst vraagt de huisarts om een spoedopname voor een patiënt (met gebroken heup). De chirurg belt terug om te melden dat de patiënt de opname heeft geweigerd.

Tenslotte belt een neuroloog op om het overlijden van een patiënt te melden.

Arts 4 blijkt dus vrij goede contacten met een internist te hebben.

Arts 5 - heeft 15 contacten met specialisten waarvan twee niet telefonisch plaatsvinden. Samen met een longarts worden de longfoto's van een verwezen én een niet verwezen patiënt bekeken.

Vijf contacten vonden plaats om een opname te regelen (internist 2x; chirurg longarts en reumatoloog). Een internist wordt tweemaal gebeld om te informeren naar diagnose en onderzoeksresultaten van een verwezen patiënt.

Twee keer vindt consultatie van een huidarts plaats. In het ene geval vraagt de huisarts hoe te handelen bij een aderontsteking en in het andere geval wordt gevraagd of bij een patiënt behandeling met anti-stollingsmedicatie voortgezet moet worden.

Twee keer belt arts 5 om organisatorische redenen een orthopeed en een cardioloog. De orthopeed wordt gevraagd naar een machtiging voor speciaal schoeisel en met de cardioloog over een poliklinische observatie van een patiënt. Specialisten belden ook twee keer: een internist belt in verband met ontslag van een patiënt waar een plaats in een verpleeghuis voor gezocht moet worden; een orthopeed meldt dat er sprake is geweest van een miskende fractuur, welke eerst niet en later wel werd geconstateerd.

Arts 5 belt dus vaak om organisatorische redenen. De consultaties met de huidarts en het samen met de longarts bekijken van longfoto's zijn het vermelden meer dan waard.

Arts 6 - heeft viermaal contact met specialisten. Rond de opname van een patiënt wordt een psychiater driemaal gebeld. In eerste instantie om een afspraak te bespoedigen; daarna om klinische gegevens door te geven en tenslotte om de opname te regelen. Een huidarts wordt door arts 6 gebeld om zich te informeren over de toestand van een verwezen patiënt.

Arts 7 - merkt gedurende de twee registratieweken hoe moeilijk het soms is een psychotische patiënt onder te brengen. Met drie verschillende instellingen worden in een paar dagen tijd tenminste elf telefoontjes gepleegd. Eerst met het crisiscentrum (5x); daarna met een PAAZ (3x) en tenslotte nog driemaal met een psychiater in een ander ziekenhuis. Ondertussen wordt ook intensief overlegd met de maatschappelijk werker en wordt ook met een bedrijfsarts gebeld. Met

een kinderarts wordt nog overleg gepleegd over de medicatie van een gezamenlijke patiënt.

Arts 8 - heeft gedurende twee weken 13 maal contact met een specialist over de behandeling van een patiënt, daarnaast belt hij nog viermaal naar de polikliniek van het ziekenhuis om een afspraak te maken voor zijn patiënten of deze te vervroegen.

Zelf belt hij driemaal met een neuroloog: achtereenvolgens om te informeren naar het verloop van de behandeling; een opname te regelen en te bespreken of een uitgebreid medisch onderzoek wenselijk is. Verder belt hij nog met een internist om informatie te vragen over de behandeling van een patiënt en met een psychiater om over een mogelijke opname te praten.

Specialisten bellen arts 8 om hem te informeren over opname, verloop van de behandeling en diagnose. Vier keer wordt hij door een chirurg gebeld en één keer door een internist. Deze internist geeft daarbij tevens door dat een andere patiënt is doorverwezen.

Verder belt een cardioloog om gegevens door te geven van een patiënt die binnenkort uit het ziekenhuis wordt ontslagen en een longarts om te melden dat een patiënt een beroepsprocedure heeft aangespannen tegen een arbeidsgeschiktheidsverklaring.

Arts 8 lijkt dus goed op de hoogte te blijven van de behandeling van patiënten die naar de tweede lijn zijn verwezen.

Arts 9 - heeft in twee weken tijd slechts éénmaal contact met een specialist. Een psychiater wordt gebeld om deze te consulteren over de beste ambulante behandeling van een patiënt.

