

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

SAMENWERKEN EN VERWIJZEN

30 JULI 1986

CIP - GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wijkel, Dirk

Samenwerken en verwijzen / Dirk Wijkel. - Utrecht:
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de
Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - Ill.
Proefschrift Groningen
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-019-6
SISO 601.51 UDC 614.2
Trefw.: gezondheidscentra.

RIJKSUNIVERSITEIT TE GRONINGEN

SAMENWERKEN EN VERWIJZEN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van het doctoraat in de
Sociale Wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit te Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus Dr. E. Bleumink
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 3 juli 1986
des namiddags te 2.45 uur precies.

door

Wijkel, Dirk
geboren te Kampen

Promotor: Prof. Dr. W.J.A. van den Heuvel

Referent: Dr. J. van der Zee

VOORWOORD

Het project 'Samenwerken en Verwijzen' werd gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad. De uitvoering van het onderzoek berustte bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het onderzoek werd begeleid door een commissie volgens onderstaande samenstelling.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Ziekenfondsraad

Dhr. A.M. Bertens
Dhr. S.D.R. Berkelbach van der Sprenkel
Dhr. J. Bultman (voorzitter)
Mw. G.L.N. Romijn-Liem
Dhr. E. v.d. Veen
Dhr. J.Th.J. Zijderveld

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 instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Mw. J.M. Bensing
Dhr. D. Wijkel

INHOUD

| | blz. |
|--|------|
| 1. Inleiding | 1 |
| 1.1. Probleemstelling | 6 |
| 1.2. Samenwerken | 7 |
| 1.3. Verwijzen | 11 |
| 1.4. Zijn de verschillen in verwijscijfers tussen huis- artsen toe te schrijven aan structurele variabelen? | 12 |
| 1.5. Hebben gezondheidscentra een selecte groep patiënten? | 15 |
| 1.6. Artsenselectie en verwijscijfers | 16 |
| 1.7. Samenwerking als verklarende factor | 18 |
| 1.8. Casestudie samenwerking | 20 |

DEEL I. PRAKTIJKVORM EN PRODUKTIECIJFERS 25

| | |
|---|----|
| 1.1. Inleiding | 27 |
| 1.2. Variabelen die het verwijscijfer beïnvloeden | 28 |
| 2. Gegevensverzameling en onderzoeksmethoden | 30 |
| 2.1. Bewerking van het LISZ-materiaal | 30 |
| 2.2. Regressie-analyse en de methode van gepaarde waarnemingen | 32 |
| 3. Resultaten | 36 |
| 3.1. Relaties tussen de gebruikte variabelen en vormen van samenwerking | 36 |
| 3.2. Verklaringsmodellen voor verschillende verwijs-, opname en verpleegduurcijfers; vergelijking met eerder verricht onderzoek | 42 |
| 3.2.1. Inleiding | 42 |
| 3.2.2. Structuurvergelijking verwijscijfers | 43 |
| 3.2.3. Structuurvergelijking opnamecijfers | 50 |
| 3.2.4. Structuurvergelijking verpleegduurcijfers | 56 |
| 3.2.5. De structuurvergelijking van enkele verwijscijfers per specialisme | 57 |
| 3.3. Verschillen in verwijscijfers tussen de samenwerkingsvormen | 62 |
| 3.3.1. Verschillen in opnamecijfers, verpleegduurcijfers en ligduur tussen samenwerkingsvormen | 65 |
| 3.4. Verschil tussen gezondheidscentra respectievelijk | |

| | | |
|----|--|----|
| | groepspraktijken en overige praktijken getest door middel van gepaarde waarnemingen | 66 |
| 4. | Samenvatting deel I | 69 |

DEEL II. IS ER SPRAKE VAN PATIËNSENSELECTIE? 75

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Patiëntenpopulaties van drie praktijkvormen | 77 |
| 1.1. | Inleiding | 77 |
| 2. | Onderzoeksmateriaal | 78 |
| 2.1. | Gezondheidsenquête CBS | 78 |
| 2.2. | Gebruikte variabelen uit de gezondheidsenquête | 78 |
| 3. | Resultaten | 81 |
| 3.1. | Verschillen in patiëntenpopulaties | 81 |
| 3.2. | Invloed van consumptiebeïnvloedende factoren op huisartsbezoek en verwijskans | 88 |
| 4. | Discussie | 90 |

DEEL III. IS ER SPRAKE VAN ARTSENSELECTIE 97

| | | |
|------|------------------------------|-----|
| 1. | Inleiding | 99 |
| 2. | Onderzoeksmateriaal | 100 |
| 2.1. | Enquête adspirant huisartsen | 100 |
| 2.2. | Verwijsgegevens LISZ | 102 |
| 3. | Resultaten | 105 |
| 4. | Discussie | 108 |

DEEL IV. INHOUDELIJKE VERKLARINGEN VOOR LAGERE VERWIJSCIJFERS GEZONDHEIDSCENTRA. 109

| | | |
|--------|--|-----|
| 1. | Overlegtijd en verwijscijfers | 111 |
| 1.1. | Inleiding | 111 |
| 1.2. | Vraagstellingen en hypothesen | 112 |
| 1.3. | Gegevensverzameling | 113 |
| 1.3.1. | Gezondheidscentra en groepspraktijken | 113 |
| 1.3.2. | Onderzoekspopulatie. Solo- en duopraktijken | 114 |
| 1.3.3. | Productiecijfers in de tweedelijnszorg | 115 |
| 1.3.4. | Representativiteit van de respons | 116 |
| 1.4. | Gegevens over samenwerking in verschillende praktijk- situaties | 119 |

| | |
|--|------------|
| 1.4.1. Inleiding | 119 |
| 1.4.2. Het vóórkomen van samenwerking | 119 |
| 1.4.3. Vergelijking tussen praktijkvormen van de overlegtijd in het kader van de samenwerking | 121 |
| 1.5. De relatie tussen het samenwerken en de verwijscijfers | 126 |
| 1.5.1. Inleiding | 126 |
| 1.5.2. Gebruikte variabelen | 126 |
| 1.6. Resultaten | 133 |
| 1.7. Samenvatting | 142 |
| 2. Case studie samenwerking | 147 |
| 2.1. Inleiding | 147 |
| 2.2. Onderzoeksgegevens uit negen huisartspraktijken | 148 |
| 2.3. Materiaalverzameling | 150 |
| 2.3.1. Consult-registratie | 150 |
| 2.3.2. Samenwerkingsregistratie | 150 |
| 2.3.3. Ziekenfondsgegevens | 151 |
| 2.3.4. Betrouwbaarheid van de registratie | 151 |
| 2.4. Enige kenmerken van de geselecteerde huisartspraktijken | 153 |
| 2.4.1. Patiëntenpopulatie | 153 |
| 2.4.2. Consultfrequentie | 153 |
| 2.5. Psychosomatische karakter van de klacht | 159 |
| 2.6. Het verrichten van diagnostisch onderzoek | 160 |
| 2.7. Mogelijke substitutie van verwijzingen naar de specialist | 161 |
| 2.8. Consultatie via ad-hoc contacten | 164 |
| 2.9. Relatie tussen onderlinge consultatie en het verwijzen | 167 |
| 2.10. De rol van de assistente | 169 |
| 2.11. Samenvatting | 170 |
| 2.12. Conclusie | 172 |
| DEEL V. DISCUSSIE | 175 |
| 1. Inleiding | 177 |
| 2. De verwijsbeslissing | 180 |
| 3. De meerwaarde van samenwerking | 183 |
| 3.1. Onzekerheidstolerantie | 183 |
| 3.2. Sociale vergelijkingstheorie | 185 |
| 4. Besluit | 190 |
| Samenvatting | 195 |
| Summary | 201 |

| | |
|----------------------|-----|
| Literatuur | 207 |
| Bijlagen: | 217 |
| - Bijlage A deel I | 219 |
| - Bijlage B deel I | 220 |
| - Bijlage C deel I | 221 |
| - Bijlage A deel III | 222 |
| - Bijlage B deel III | 223 |
| - Bijlage A deel IV | 224 |
| - Bijlage B deel IV | 238 |
| - Bijlage C deel IV | 239 |
| - Bijlage D deel IV | 242 |
| - Bijlage E deel IV | 249 |
| - Bijlage F deel IV | 252 |

1. INLEIDING

Samenwerken van hulpverleners in de gezondheidszorg en verwijzen van huisarts naar medisch specialist zijn twee belangrijke begrippen in het beleid betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg, getuige de verschillende nota's van het Departement van Volksgezondheid (De Structuurnota Gezondheidszorg, 1974; De Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1980; De Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen, 1983 en de Nota Eerstelijnszorg, 1984).¹

In de Structuurnota wordt in de eerste plaats een analyse gemaakt van de knelpunten in de Nederlandse gezondheidszorg. De vijf belangrijkste luiden:

- instrumenten voor de beheersing van de kostenontwikkeling zijn niet of onvoldoende aanwezig;
- het stelsel van voorzieningen vertoont onvoldoende samenhang;
- de structuur van de financiering is verbrokken en bevordert de noodzakelijke samenwerking tussen de voorzieningen niet;
- de samenwerking tussen voorzieningen is verbrokken en onoverzichtelijk;
- het stelsel van voorzieningen is onevenwichtig: teveel nadruk op de intramurale voorzieningen.

Als logisch uitgangspunt voor het beleid wordt de verschuiving van het accent van de specialistische intramurale zorg, naar de extramurale zorg en de preventie; alsmede het creëren van geordende voorzieningen, op elkaar afgestemd in geografisch beperkte gebieden en het planmatig verder ontwikkelen van het geheel der gezondheidszorg gekozen. In deze nota worden tevens de begrippen "regionalisatie" en "echelonnering" als uitgangspunt geformuleerd. Onder regionalisatie wordt verstaan de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneren. Een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat met globaal dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid.

Het eerste echelon omvat alle niet gespecialiseerde voorzieningen, terwijl het tweede echelon de gespecialiseerde voorzieningen omvat met inbegrip van de ziekenhuisvoorzieningen.

Samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ; met onder andere huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker) wordt noodzakelijk geacht om het grotere beroep dat op dit echelon gedaan zal worden goed te kunnen opvangen; met name wordt de samen-

werking in gezondheidscentra genoemd (een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband waarin tenminste een huisarts, een maatschappelijk werker en een wijkverpleegkundige onder één dak werkzaam zijn).

De Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg geeft op sommige punten een concretisering van bepaalde beleidslijnen te zien. Ook de eigenschappen van de verschillende echelons worden verder uitgewerkt. Naast het eerste- en tweede echelon wordt ook de sector van de basisgezondheidszorg beschreven.

Het generalistische karakter, de - in principe - vrije toegankelijkheid van de zorgverlening dichtbij of temidden van de doelpopulatie, de gerichtheid op de mens in zijn thuissituatie en de ambulante wijze van hulpverlening kenmerken het eerste echelon.

Het tweede echelon vormt de tegenpool van het eerste echelon. De - in het algemeen - niet vrije toegankelijkheid van de tweedelijns willen we apart noemen. Patiënten - met name ziekenfondspatiënten - komen pas in zorg bij het tweede echelon na een verwijzing.

De basisgezondheidszorg wordt gekenmerkt door een groepsgewijze benadering en een programmering op basis van epidemiologische analyses. Het is de bedoeling dat de gehele bevolking of de gehele doelgroep wordt bereikt. Het karakter van de zorgverlening is overwegend signalerend en preventief.

Op basis van de Schets worden concrete beleidsmaatregelen geformuleerd, onder andere gericht op bevordering van de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (Stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra 1974 en 1979; verkleining van de praktijk van wijkverpleegkundigen in gezondheidscentra).

De Schets omschrijft de doelstelling van de eerstelijnsgezondheidszorg als "het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de in een vertrouwensrelatie met de hulpverlener staande individuen en hun gezinnen of andere samenlevingsverbanden in hun thuissituatie".

In de Nota Eerstelijnszorg worden deze uitgangspunten als volgt samengevat: De capaciteit en kwaliteit van de zorg dicht bij huis - de eerstelijnszorg - moet zoveel mogelijk worden versterkt en verbeterd; onder meer door een gerichte overheveling van middelen uit de intra- naar de extra-murale zorg.

Een ander uitgangspunt luidt dat het verantwoordelijkheidsgevoel van mensen voor zichzelf en hun omgeving - zich uitend in zelfzorg en mantelzorg - moet worden gestimuleerd. De eerstelijnszorg staat niet zijds met de tweedelijnszorg. Een kwalitatief en kwantitatief ver-

sterkte eerstelijnszorg kan bewerkstelligen dat zo min mogelijk beroep behoeft te worden gedaan op de duurdere gespecialiseerde intramurale sector die de tweedelijns vormt (Nota Eerstelijnszorg, 1984 p. 60).

Een belangrijk aspect in de echelonnering is de centrale rol van de eerstelijnsgezondheidszorg en vooral de huisarts in het geheel. Toegang tot het tweede echelon kan immers alleen verkregen worden via een verwijzing door een huisarts.

Ook binnen de sector van de eerstelijns vervult de huisarts een centrale rol, niet in de laatste plaats omdat patiënten met hun problemen veelal de huisarts als eerste benaderen. Het generalistische karakter van de eerstelijns brengt met zich mee dat een goede samenhang in de zorg een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleners vereist. Zo kan een goede aansluiting worden verkregen en wordt continuïteit van zorg bevorderd en overlap vermeden.

Het verwijzen naar de specialistische gezondheidszorg vormt zo in het Nederlandse beleid een belangrijke indicator voor de mate waarin de zorg overgeheveld wordt van de eerste naar de tweede lijn. Verschuiving van tweede naar eerstelijns wordt op die manier afgemeten aan een afname van het aantal verwijzingen.

Samenwerking binnen de eerstelijns wordt, zoals we al hebben gezien, door de centrale overheid bevorderd via een stimuleringssubsidie.

Daarnaast wordt via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voorzien in een financieringsregeling voor de tekorten in de praktijkvoering van hulpverleners in samenwerkingsverbanden (Voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de ELGZ). Die tekorten ontstaan door de tijd die hulpverleners in samenwerking moeten investeren; tijd die niet productief is in termen van te declareren consulten of verrichtingen. Voor deze laatste subsidie komen alleen gezondheidscentra in aanmerking.

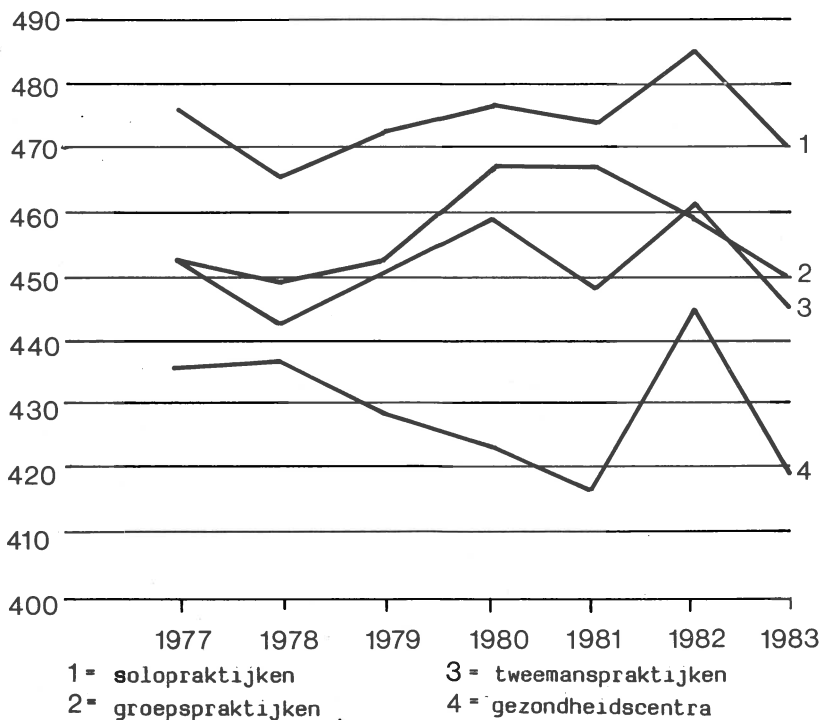
Het gegeven dat voor het verlenen van subsidie aan ieder gezondheidscentrum de ziekenfondsraad afzonderlijk een beslissing moet nemen laat regelmatig de discussie oplaaien of die subsidiegelden wel goed besteed worden of anders gezegd; of tegenover de extra kosten wel genoeg baten staan. Die baten moeten worden gezocht in een vermindering van kosten in de tweedelijns.

Verwijscijfers die door het Landelijk Informatiesysteem van Ziekenfondsen (LISZ) van de Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) sinds 1977 ook per praktijkvorm worden weergegeven, laten duidelijk lagere cijfers zien voor huisartsen in gezondheidscentra. Maar ook artsen die in één praktijk werken zoals associaties (twee huisart-

sen) en groepspraktijken (drie of meer huisartsen) realiseren lagere verwijscijfers dan solo-artsen.

In figuur 1 hebben we de ontwikkeling van de verwijscijfers sinds 1977 weergegeven. De cijfers van gezondheidscentra liggen gemiddeld zo'n 10% lager dan van solopraktijken. De gegevens over 1982 zijn waarschijnlijk minder betrouwbaar, gezien de plotselinge en onverklaarbare stijging van de cijfers in dat jaar. Ook bij het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten is een dergelijk beeld te onderkennen, al zijn de verschillen daar minder groot. Dat laatste houdt in dat het aantal opnemingen per 1000 verwijskaarten bij gezondheidscentra hoger is dan bij solo-artsen. Van Pesch-Weenink en Collaris (1982) menen daaruit te mogen concluderen dat huisartsen in gezondheidscentra minder snel verwijzen.

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



Bron: LISZ

Ondanks deze duidelijke verschillen werd (en wordt nog steeds) getwijfeld aan de geldigheid van het verband, en betwijfelt men of besparingen wel door een terughoudend verwijsbeleid van artsen in samenwerkingssituaties worden veroorzaakt. Zo is de plotselinge stijging van het verwijscijfer in 1982 door de Harmonisatie Raad WelzijnsBeleid (HRWB, 1985) aangegrepen om de conclusie te onderbouwen dat het substitutiebeleid (verschuiving van tweede naar eerstelijns) van het Ministerie van Welzijn, Volkgezondheid en Cultuur geen effect heeft gehad. In een reactie op dat rapport wijst Van der Zee (1985) overigens op de ondeugdelijkheid van die bewijsvoering. In andere publicaties wordt er op gewezen, dat gezondheidscentra voor een belangrijk deel (ongeveer de helft) in nieuwe woonwijken zijn gevestigd, waar mogelijk een andere (gezondere) patiëntenpopulatie aanwezig is dan in de oudere wijken van de grote steden. Dopheide en Van der Zee (1981) wijzen er op, dat er weliswaar verschil in gemiddelde leeftijd tussen de patiëntenpopulaties van gezondheidscentra en solopraktijken is, maar dat waarschijnlijk het verschil in verwijscijfers daardoor slechts gedeeltelijk wordt verklaard. Daarnaast kunnen ook zogenaamde structurele factoren, zoals bijvoorbeeld het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen en de urbanisatiegraad een rol spelen. In verschillende onderzoeken is het verband tussen verwijscijfers en structurele factoren aangetoond.

Een veel gehoorde veronderstelling betreft de mogelijke selectie van huisartsen in gezondheidscentra. Het zouden artsen zijn met een andere taakopvatting dan solo-artsen. In dit kader wordt ook wel gewezen op het dienstverband van huisartsen in gezondheidscentra².

In een reactie op de samenvatting van de resultaten uit het eerste onderdeel van dit onderzoek in de NHI-rubriek van Huisarts en Wetenschap (1984, 27. 36-37) schrijft Frans Meijman (1984): "Is het niet heel goed mogelijk dat bij de recrutering van huisartsenmedewerkers van gezondheidscentra bewust of onbewust een selectie plaatsvindt van enthousiaste huisartsen die het goed voorhebben met de moderne huisartsgeneeskunde en daardoor minder verwijzen?"

Er zou dus sprake kunnen zijn van een elite die zich in gezondheidscentra vestigt. Indien de lagere verwijscijfers uitsluitend tot stand komen door een selectie van zeer gemotiveerde artsen, heeft het verder stimuleren van gezondheidscentra geen prioriteit en zou men zich meer op de verbetering van de opleiding moeten concentreren. Na de mogelijk andere taakopvatting van de huisartsen in gezondheidscentra komen we nu bij de vraag of de lagere verwijscijfers met samenwerking in verband gebracht mogen worden.

Bij het totstandkomen van gezondheidscentra wordt in de meeste gevallen de doelstelling van dat centrum geformuleerd als een multidisciplinaire, geïntegreerde en gecoördineerde, benadering van de gezondheidszorg en de welzijnszorg in de eerstelijns. Die aanpak kan leiden tot verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening en daarmee tot afremming van de toenemende kostenstijging in de gezondheidszorg door: rationeler gebruik van geneesmiddelen en het ontlasten van hogere echelons (zie bijvoorbeeld FAG, 1982).

Volgens deze opvatting, die we hier in verkorte vorm hebben weergegeven, zouden lagere verwijscijfers een logisch gevolg zijn van de multidisciplinaire aanpak (Ziekenfondsraad, 1979). Op welke meetbare wijze die lagere verwijscijfers dan tot stand komen, is daaruit niet direct af te leiden.

De vraag komt aan de orde, welk aspect, of welk mechanisme in die multidisciplinaire geïntegreerde en gecoördineerde aanpak de oorzakelijke factor vormt. Deze vraag is tot nog toe niet onderzocht, maar kan wel van wezenlijk belang zijn in het beleid met betrekking tot het stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. We weten bovendien ook niet, of huisartsen die volgens eenzelfde filosofie samenwerken in home-teams (die eenzelfde samenstelling hebben als gezondheidscentra, maar niet gemeenschappelijk zijn gehuisvest) ook lagere verwijscijfers realiseren.

1.1. Probleemstelling

Het betoog van de voorgaande bladzijden laat zich samenvatten in vier vragen die we hieronder als volgt formuleren:

1. Zijn de aangetroffen verschillen in verwijs-, opname en verpleegduurcijfers tussen solistische en (multidisciplinair) samenwerkende artsen bestand tegen toetsing op factoren, waarvan bekend is dat ze de genoemde productiecijfers van huisartsen beïnvloeden.
2. Zijn patiënten van gezondheidscentra gezonder dan patiënten van solistische huisartsen? (Zijn het andere patiënten?)
3. Zijn de verschillen in verwijscijfers terug te voeren op bijvoorbeeld een sterkere of anders getinte motivatie van artsen in gezondheidscentra?
4. Zijn de verschillen in verwijscijfers te verklaren uit verschillen in vorm en intensiteit van (multidisciplinaire) samenwerking?

De eerste drie vragen zijn samen te vatten onder de noemer "is het nu wel zo?", of anders gezegd; verwijzen huisartsen in gezondheidscentra inderdaad minder dan huisartsen in solo-praktijken, of kan aangetoond worden dat het om een "statistische" relatie gaat die verdwijnt als voor interveniërende factoren wordt "gecontroleerd". De vierde vraag is van een andere orde en kan worden opgevat als "werkt het nu wel zo?"; heeft samenwerking inderdaad een causale relatie met de geconstateerde verschillen.

Voordat we de vier vragen verder zullen uitwerken, willen we hier voor een goed begrip eerst stilstaan bij de twee belangrijkste variabelen in dit proefschrift; de samenwerkingsvariabelen als onafhankelijke variabelen en de verwijscijfers en andere productiecijfers als afhankelijke variabelen.

1.2. Samenwerken

Samenwerking is een variabele waaraan verschillende dimensies zijn te onderscheiden. In dit onderzoek komen verschillende van die dimensies aan bod: In de eerste plaats is dat het onderscheid in geformaliseerd en niet geformaliseerd, in de tweede plaats de hoeveelheid tijd die aan samenwerkingsoverleg wordt besteed, in de derde plaats de deelnemers (disciplines) die bij de samenwerking betrokken zijn en tenslotte de inhoud van de samenwerking.

Wat de eerstgenoemde dimensie betreft is het belangrijk hier te vermelden dat in ons onderzoek naar de drie eerste vragen (is het nu wel zo?) vrijwel uitsluitend, geformaliseerde samenwerking van huisartsen met andere hulpverleners aan de orde komt. Met geformaliseerde samenwerking wordt hier samenwerking bedoeld die op een of andere manier (meestal via een -arbeids- contract of een akte), formeel is vastgelegd. Een formele akte betekent echter niet dat men dan ook inhoudelijke samenwerkingsactiviteiten ontplooit op het vlak van de patiëntenzorg. Wel is aannemelijk dat formele samenwerking in veel gevallen samengaat met inhoudelijke samenwerking. Een formele samenwerking kan zelfs de formalisering van reeds bestaande inhoudelijke samenwerking zijn, zoals dat bijvoorbeeld bij het home-team Maastricht-West is gebeurd, dat zich als gezondheidscentrum heeft gevestigd (Lodewick e.a., 1976).

De reden voor het kiezen van de geformaliseerde samenwerking (ofte-wel praktijkvorm) is van praktische aard. De praktijkvorm van huis-

artsen is namelijk opgenomen in de registratie van beroepsgroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg van het NIVEL. "Informeel" samenwerking werd tot voor kort niet systematisch geregistreerd. Sinds 1985 is het NIVEL overigens met het registreren van home-teams begonnen (een home-team bestaat uit huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en soms andere disciplines en komt regelmatig bij elkaar om overleg over de patiëntenzorg te voeren).

Niet geformaliseerde samenwerking komt overigens wel bij de beantwoording van vraag 4 aan de orde. Wanneer er sprake is van inhoudelijke samenwerking kan dat incidenteel en oppervlakkig zijn, maar ook regelmatig en intensief. In dat geval zal die samenwerking veel tijd kosten. Wanneer het waar is dat samenwerking effecten heeft op het verwijscijfer, dan zal verschil in intensiteit van die samenwerking wellicht ook tot verschil in effect leiden, of anders gezegd; dan zal met het toenemen van de tijdsinvestering het verwijscijfer lager worden.

Een belangrijk indelingsprincipe is de samenstelling van de groep hulpverleners die samenwerken. We spreken van monodisciplinaire samenwerking als die groep is samengesteld uit hulpverleners van één discipline (in ons onderzoek uitsluitend huisartsen). Bidisciplinaire samenwerking (ook wel interdisciplinaire samenwerking genaamd) betreft samenwerking tussen huisartsen en één andere discipline. Multidisciplinaire samenwerking vindt plaats als tenminste drie verschillende disciplines aan de samenwerking deelnemen.

Met betrekking tot de inhoud van de samenwerking kunnen we vooralsnog twee indelingen maken. De eerst indeling heeft te maken met het onderwerp van overleg. We kunnen daarbij onderscheiden:

- organisatorisch overleg, waarbij vooral huishoudelijke zaken aan de orde zijn;
- overleg over samenwerking, waarbij het samenwerken als zodanig en het functioneren daarvan wordt besproken;
- informeel overleg koffie- of borrelbijeenkomsten, die voornamelijk een sociaal doel hebben;
- nascholings- en toetsingsbijeenkomsten, waarbij deskundigheidsbevordering voorop staat.

Een tweede indeling vanuit de inzichten van de organisatiekunde wordt gegeven door Visser (1980). De essentie van deze indeling is dat er een hiërarchische indeling van samenwerking gegeven kan worden naar aanleiding van een drietal criteria: onderlinge uitwisseling van informatie, gemeenschappelijke uitgangspunten en gedeelde verantwoordelijkheid.

*Hulp
Samenwerking*

Op het minst vergaande niveau van samenwerking vindt informatie-uitwisseling achteraf plaats, er is geen overleg de uitgangspunten voor de hulpverlening zijn individueel en ook de verantwoordelijkheid wordt individueel gedragen. Bij het meest vergaande niveau van samenwerking vindt vooraf informatie-overdracht plaats, er is wel overleg, er zijn gemeenschappelijke uitgangspunten en zelfs is er een gedeelde verantwoordelijkheid. Volgens Visser is dat laatste in de gezondheidszorg nauwelijks haalbaar. Wanneer men tot gemeenschappelijke uitgangspunten kan komen is volgens hem al veel bereikt. Ook wanneer de uitgangspunten niet gemeenschappelijk zijn, maar er wel overleg plaatsvindt (door Verhaaren (1982) wordt dat segmentele afstemming genoemd), is er reeds aan een belangrijk criterium met betrekking tot de samenwerking voldaan.

Aangezien zoals gezegd de geformaliseerde samenwerking in de eerste delen van dit proefschrift zo'n belangrijke plaats inneemt, zullen we hierna de verschillende praktijkvormen in het kort bespreken.

- a. Solo-artsen hebben voor zover bekend geen geformaliseerde samenwerking met andere hulpverleners in de eerstelijns. Wel kunnen solo-artsen zeer nauw met elkaar of met andere hulpverleners samenwerken. Evenals bij artsen in duopraktijken zijn weinig gegevens voorhanden over de intensiteit van samenwerken.
- b. Solopraktijk met assistent. Vanuit verschillende motieven kan een solo-arts een andere huisarts in dienst nemen als assistent. De praktijkomvang kan te groot zijn voor één huisarts. De praktijkhouder kan vanwege eigen gezondheidsproblemen of nevenwerkzaamheden niet genoeg tijd vrijmaken voor zijn praktijk. Ook komt het voor dat familiebanden een rol spelen (zoon is assistent bij vader of andersom; vrouw is assistente bij echtgenoot). Vooral economische aspecten spelen bij de solopraktijk met assistent een rol; zelden zal de wens tot inhoudelijke samenwerking een rol spelen.
- c. Associatie (ook wel duopraktijk). De motieven om een associatie aan te gaan, kunnen dezelfde zijn als die bij solo + assistent. Het verschil is dan een meer gelijkwaardige positie van de participanten. De wens om (in monodisciplinair verband) samen te werken met betrekking tot inhoudelijke zaken kan hier echter ook een rol spelen (zie bijvoorbeeld Lodewick, e.a., 1976).
- d. Groepspraktijk. Tenminste drie artsen werken samen in één praktijkgebouw. Alhoewel niet altijd het samenwerkingsmotief de hoofdrol zal hebben gespeeld bij de vorming van groepspraktijken, maar bijvoorbeeld de wens om part-time te kunnen werken, geldt

voor de meeste groepspraktijken toch wel dat de huisartsen zowel monodisciplinair als bi-disciplinair samenwerken, terwijl ook multidisciplinaire samenwerking voorkomt in ongeveer de helft van de groepspraktijken (Van der Zee, 1979). Overleg dat binnen groepspraktijken plaatsvindt is in veel gevallen patiëntgericht. De aard en omvang van de samenwerking in groepspraktijken is voor het jaar 1978 overigens bekend.

- e. Gezondheidscentra. Deze samenwerkingsverbanden hebben veelal omschreven doelstellingen, waarin het streven naar 'Integrale hulpverlening' is opgenomen. Op een enkele uitzondering na wordt in gezondheidscentra multidisciplinair overleg gepleegd tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en in veel gevallen nog andere hulpverleners. Ook bi-disciplinair en mono-disciplinair overleg vindt hier plaats. Wat dat betreft vormen gezondheidscentra de overtreffende trap van samenwerking. Evenals van groepspraktijken zijn van de meeste centra daarover gegevens beschikbaar.

Alhoewel momenteel niet bekend is hoeveel er door solo- en duopraktijkhoudende huisartsen wordt samengewerkt, kunnen we toch stellen dat als de praktijkvorm als indicator voor 'samenwerking' moet dienen, we mogen veronderstellen dat in gezondheidscentra het meest intensief wordt samengewerkt. Groepspraktijken komen op de tweede plaats, associaties op de derde en solo-praktijken met assistent op de vierde plaats, waarbij we ons afvragen of deze laatste groep wel wezenlijk verschilt van de solo-artsen, die op de laatste plaats komen.

Ter relativering dient hier gezegd te worden dat het home-team een belangrijke plaats inneemt. Vooral wat de gestructureerde multidisciplinaire samenwerking betreft, is het home-team vergelijkbaar met het team in een gezondheidscentrum. Er zijn indicaties dat deze niet-geformaliseerde samenwerkingsvorm tamelijk veel voorkomt. Vooral op regionaal niveau zijn inventarisaties gedaan (Brinks en Vonk 1980; DOEL, 1984; van Duijn en Wuister, 1980; Houwing en Geertsema, 1981; Van Hout en Terra, 1983; Van Ingen, 1983; Mulder, 1982; PCMW, 1983; PPSSEG, 1982; De Sain, 1980).

Door het ontbreken van een goede en eenduidige definitie is het vaststellen van het aantal artsen dat deel uitmaakt van een home-team, moeilijk. Maar zeker een kwart van het totale aantal huisartsen neemt deel aan een "home-team-achtige" vorm van samenwerking (Verhaak, 1984).

1.3. Verwijzen

Het verwijscijfer zoals wij dat in dit proefschrift hanteren, is het aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar. Dit gegeven wordt door het LISZ per huisartspraktijk per specialisme (21 specialismen) berekend.

Aangezien in de Nederlandse situatie een ziekenfondsverzekerde niet rechtstreeks een specialist kan consulteren, maar uitsluitend met een door de huisarts verstrekte verwijskaart, is de hoogte van dat verwijscijfer althans theoretisch afhankelijk van beslissingen van huisartsen. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat al in de zestiger jaren onderzoek naar het verwijzen van huisartsen is verricht. (Bremer, 1964; Van Es en Pijlman, 1970).

Alhoewel het verwijscijfer dus in kostentermen een belangrijk "output-criterium" is, mogen verwijsgegevens op zich niet beschouwd worden als kwaliteitsindicator. Verwijscijfers zijn bovendien een optelsom van verschillende soorten verwijzingen, zoals verlengingsverwijzingen na het aflopen van de geldigheidsduur van een verwijskaart verwijzingen van de ene naar de andere specialist, achterafverwijzingen na bijvoorbeeld een ongeval, zogenaamde refractieverwijzingen naar de oogarts die door de meeste huisartsen automatisch op verzoek worden verstrekt en tenslotte de actieve verwijzingen, dat wil zeggen eerste verwijzingen die plaatsvinden tijdens een arts- patiënt- consult. Veel van deze verwijzingen zijn puur administratieve handelingen, waarop de huisarts nauwelijks invloed kan uitoefenen. Schattingen van het aantal actieve verwijzingen komen globaal neer op een derde van het totaal aantal verwijzingen (Pel, 1975; Dopheide en Nijhout, 1983). De invloed van de werkwijze van huisartsen op het verwijscijfer wordt dus doorkruist door de werkwijze van specialisten. Ook de invloed van de patiënt moet niet worden onderschat (Van Es, 1985). Het heterogene karakter van het verwijscijfer komt ook tot uiting bij de relatie tussen praktijkgrootte en de hoogte van het verwijscijfer (Wijkkel en Van der Zee, 1984). Door Posthuma en Van der Zee (1978, 43) wordt daarom gesproken van het "paramorfe" karakter van verwijscijfers.

Theoretisch kan er een probleem ontstaan wanneer de onderzochte verklarende factor, in casu de samenwerking, op verschillende onderdelen van het verwijscijfer op tegengestelde wijze inwerkt. Er is echter aanleiding te veronderstellen dat het samenwerken op de actieve verwijzingen eenzelfde invloed heeft als op verlengingsverwijzingen (een patiënt kan immers pas een verlengingsverwijzing krijgen na een actieve verwijzing, zie ook FAG, 1982).

Bij de interpretatie van de resultaten van deel I moet men in het oog houden dat alleen uitspraken over de relaties met het globale verwijscijfer gedaan kunnen worden. Het onderzoek naar deze globale gegevens ontleent zijn belang niet alleen aan de financiële aspecten van de verwijzing, maar ook aan de enorme variantie. De range van het verwijscijfer loopt globaal van 200 tot 800 verwijsskaarten per 1000 verzekerden per jaar.

1.4. Zijn de verschillen in verwijscijfers tussen huisartsen toe te schrijven aan structurele variabelen?

Dit proefschrift is zo ingericht, dat allereerst wordt uitgezocht of het verband tussen geformaliseerde samenwerkingsvormen en verwijscijfers tegen statistische toetsing bestand is. In de eerste plaats wordt de invloed van zogenaamde structurele factoren en de samenstelling van de ziekenfondspraktijk onderzocht (deel I). Dan volgen de twee alternatieve verklaringen betreffende de patiënten- en artsenselectie (deel II en III).

Pas nadat we zekerheid hebben over de geldigheid van de verschillen gaan we over tot de vraag welk mechanisme de verschillen veroorzaakt (deel IV).

In het onderzoek naar het verwijzen door huisartsen in samenwerkingsverbanden zijn ons al velen voorgegaan. Vermeulen onderzocht al in 1973 het verwijzen in één van de eerste gezondheidscentra (Vermeulen, 1973). In 1979 wordt in een publicatie van de Ziekenfondsraad voor het eerst verslag gedaan van een vergelijkend onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra. De verwijscijfers van acht gezondheidscentra worden daarin gerelateerd aan de cijfers van solopraktijken, die voor wat betreft een aantal structurele variabelen, te weten; urbanisatiegraad van de gemeente en soort wijk; afstand tot ziekenhuis en soort ziekenhuis, vergelijkbaar zijn. De cijfers zijn bovendien gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de praktijk. De verwijscijfers van de gezondheidscentra blijken voor een aantal van de centra duidelijk lager te liggen, maar het aantal centra blijkt te klein om tot harde conclusies te komen.

In een publicatie naar aanleiding van de moeilijke financiële situatie van gezondheidscentra in Amsterdam, komt de werkgroep Financiëring Amsterdamse Gezondheidscentra (FAG, 1982) op basis van een vergelijking van productiecijfers van huisartsen in Amsterdamse gezondheidscentra, (17 artsen in 7 gezondheidscentra) en 38 solo-huisart-

sen in dezelfde buurt, tot de conclusie dat er, zowel wat betreft het aantal verwijskaarten als ook het aantal opnamen en verpleegdagen door de gezondheidscentra een aanzienlijke besparing wordt bewerkstelligd. Het verschil wordt op een bedrag van f 47.500,-- per 1000 verzekerden per jaar becijferd. In dit rapport wordt met behulp van multiple regressie-analyse de invloed van praktijkgrootte, leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie, de fractie alleenstaanden en buitenlanders in de wijk en de leeftijd van de huisarts constant gehouden.³

Van Duuren en Hupkens beperken zich niet tot een beperkte groep gezondheidscentra, maar gebruiken de verwijscijfers van alle gezondheidscentra gepubliceerd door het LISZ. Door 'correctie' van het gemiddelde verwijscijfer voor de urbanisatiegraad en door aannemelijk te maken dat de verschillen in verwijscijfers niet veroorzaakt worden door de grootte van de ziekenfondspraktijk en de bereikbaarheid/aanwezigheid van tweedelijnsvoorzieningen, wordt de invloed van drie belangrijke variabelen uitgeschakeld. Met betrekking tot de leeftijds- geslachtsopbouw van de ziekenfondspraktijk wordt tenslotte opgemerkt dat die waarschijnlijk in sterke mate zal correleren met de urbanisatiegraad, waarvoor al gecorrigeerd was. De auteurs komen op basis van hun onderzoek tot de conclusie dat het de mate van samenwerking moet zijn die het verwijscijfer beïnvloedt (Van Duuren en Hupkens, (1981). De kritiek van Dopheide en Van der Zee (1981) op de aanname van het ontbreken van verschillen in de leeftijds- geslachtsopbouw hebben we in de inleidende paragraaf al besproken.

Resumerend kan gesteld worden, dat het onderzoek naar de samenhang tussen verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers enerzijds en de verschillende vormen van samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg anderzijds, aanwijzingen oplevert dat er inderdaad sprake is van zo'n samenhang. De statistische toetsing daarvan blijkt echter nog op problemen te stuiten. Of men heeft niet alle relevante variabelen ter beschikking of men moet zich behelpen met een gering aantal waarnemingen.

Door gebruik te maken van LISZ-gegevens op huisartspraktijkniveau gekoppeld aan gegevens over de relevante structurele factoren, zijn wij in staat de tekortkomingen van de hiervoor besproken onderzoeken te ondervangen. In deel I zal verslag worden gedaan van het onderzoek, waarbij de variabelen afstand tot het ziekenhuis, samenstelling van de ziekenfondspraktijk, het aanbod aan specialistische hulp, de urbanisatiegraad van de gemeente, de regio en de praktijkgrootte worden betrokken.

De hypothese wordt dan getoetst of de samenwerkingsvormen verschillen in verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers blijven vertonen als die structurele variabelen constant worden gehouden.⁴

Behalve een hypothese over de relatie tussen praktijkvorm en het verwijscijfer getotaliseerd voor alle specialismen, formuleren we ook voor een aantal afzonderlijke specialismen hypothesen. In het 'onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra' (ZFR, 1979) wordt erop gewezen dat een andere werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra, die tot uiting komt in een groter gebruik van diagnostische hulpmiddelen en grotere aandacht voor psycho-sociale achtergronden van ziekte, consultaties van specialisten ("ter lering"), vooral invloed zal hebben op verwijzingen naar zogenaamde beschouwende specialismen (met name interne geneeskunde).

In het onderzoek van Vermeulen (1973) en van de FAG Werkgroep (1982) wordt inderdaad steun voor deze veronderstelling gevonden.

Wanneer de samenwerking met andere hulpverleners in de eerstelijns tot gevolg heeft dat de huisarts optimaal van de diensten van deze hulpverleners gebruik maakt, mag verondersteld worden dat door die alternatieve behandelingen verwijzingen naar specialisten die hetzelfde taakgebied bestrijken verminderd kunnen worden.

Deze 'substitutie' zou kunnen optreden bij het verwijscijfer voor psychiatrie (inclusief zenuw- en zielsziekten) door de samenwerking met de maatschappelijk werker en de fysiotherapeut (bij hyperventilatie bijvoorbeeld). Het verwijscijfer voor orthopedie zou verminderd kunnen worden door de samenwerking met fysiotherapie, (voor de behandeling van rugklachten bijvoorbeeld). In een aantal gezondheidscentra zijn verloskundigen werkzaam zodat er ook wat het verwijscijfer naar gynaecologie/obstetrie betreft een vermindering van het aantal verwijzingen kan optreden.

Met betrekking tot de kindergeneeskunde is de zaak gecompliceerd. Huisartsen in gezondheidscentra onderscheiden zich volgens een onderzoek van Hamers en Boerma (1985) wat hun dienstverlening betreft van solo-artsen door een aanzienlijk grotere activiteit in consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Deze activiteiten kunnen resulteren in het vinden van meer morbiditeit bij jeugdigen en daardoor meer verwijzingen naar kindergeneeskunde. Aan de andere kant kan kindergeneeskunde opgevat worden als één van de beschouwende specialismen.

Gezien deze tegengestelde effecten verwachten we geen relatie tussen samenwerkingsvorm en verwijscijfers kindergeneeskunde.

In deel I zullen deze verschillende hypothesen getoetst worden. Daarnaast worden ook voor een aantal andere grote specialismen de

relaties onderzocht, zoals het verwijscijfer voor oogheelkunde en chirurgie. Van deze verwijscijfers verwachten we geen verschil tussen de samenwerkingsvormen, omdat de invloed van de huisarts met name bij oogheelkunde gering wordt geacht (Posthuma en Van der Zee, 1978, 40).

1.5. Hebben gezondheidscentra een selecte groep patiënten?

Met het constant houden van de verwijscijfers voor de leeftijd- en geslachtsverdeling van de ziekenfondspraktijk is de vraag naar verschil in patiëntenpopulatie in de vorige paragraaf weliswaar reeds aan de orde gekomen, maar zoals uit onderzoek op het niveau van de patiënt blijkt, zijn het variabelen, als 'gezondheidstoestand', 'gezinssituatie' en 'sociaal-economische status', die naast leeftijd en geslacht, medische consumptie kunnen verklaren of voorspellen (Van Vliet en Van de Ven, 1982; Van der Zee, 1982). Vooral de zogenaamde consumptienoodzaak, blijkt meer nog dan de leeftijd van belang te zijn.

De situering van een belangrijk deel van de gezondheidscentra in nieuwbouwwijken kan een aanwijzing zijn dat de patiëntenpopulatie van gezondheidscentra gemiddeld gezonder is.

In de Nederlandse situatie is overigens geen onderzoeksresultaat bekend dat aangeeft dat patiënten van gezondheidscentra 'anders' zouden zijn dan patiënten van solo-artsen. Ook van kritische geluiden betreffende de zorgverlening blijkt in onderzoek weinig of niets.

In een longitudinale studie naar de gevolgen van de totstandkoming van het gezondheidscentrum Withuis in Venlo vergelijkt Crebolder (1977) de opvattingen van patiënten van het Withuis met een controlegroep die is ingeschreven bij solo-artsen. De belangrijkste bevinding van het onderzoek is, dat de patiënten van het Withuis vinden dat hun huisarts op het sociaal-emotionele vlak beter uit de verf komt dan de huisarts van de controlegroep.

Ook vindt men dat meer informatie wordt verstrekt. Geen verschil wordt gezien in de somatische behandeling van de verschillende artsen.

Met betrekking tot de organisatie blijken de patiënten (tot opluchting van de onderzoekers) van mening te zijn, dat verschraling en verzakelijking van de sfeer en dienstverlening niet heeft plaatsgevonden. Ook patiëntenonderzoek uitgevoerd door De Boom-van Duin (1975), Hofstede (1981), Huige en Leenen (1979) en Van Brunschot (1984) leveren geen duidelijk negatieve reacties van patiënten op.

Over het algemeen zijn patiënten vrij goed op de hoogte van de specifieke werkwijze in gezondheidscentra en waarderen ze dat ook positief. Alleen wanneer de huisartsen van het gezondheidscentrum de huisbezoeken aan patiënten verminderen en de wachttijden ondanks het afspraakspreekuur oplopen, klagen de patiënten. Deze enquêteresultaten geven dus geen aanleiding te veronderstellen dat patiëntenselectie heeft plaatsgevonden.

Het is overigens wel voorstelbaar dat niet alle patiënten het waarderen dat de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid wordt benadrukt. Ook het zoveel mogelijk vermijden van verwijzingen naar medisch specialisten zal er juist bij patiënten die zich minder gezond voelen toe leiden dat ze zich zullen inschrijven bij artsen met minder idealistische opvattingen.

Deze overwegingen leiden tot de volgende vraagstellingen:

- Zijn er naast leeftijd en geslacht, verschillen aan te wijzen in de samenstelling van de (ziekenfonds) praktijk van artsen in gezondheidscentra, duo- of groepspraktijken en solopraktijken?
- In hoeverre kunnen die eventueel aanwezige verschillen naast de eerder onderzochte structurele variabelen het geconstateerde verschil in verwijscijfers verklaren?

Deze vraagstellingen zullen worden onderzocht met behulp van gegevens uit de zogenaamde gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek; in deze enquête wordt immers naast een aantal gegevens over gezondheid ook de praktijkvorm van de huisarts opgenomen.

1.6. Artsenselectie en verwijscijfers

Huisartsen in gezondheidscentra blijken wat hun taakopvatting betreft enigermate af te wijken van andere huisartsen. Verhaak stelt op basis van een enquête onder 249 respondenten vast, dat artsen in gezondheidscentra in een aantal opzichten meer huisartsgeneeskundige opvattingen hebben. Artsen die met anderen in een samenwerkingsrelatie een samenwerkingsrelatie zitten, zijn vaker dan artsen die solistisch werken 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 (Verhaak, 1986). In een onderzoek gebaseerd op huisartsconsulten die op video zijn vastgelegd, constateert 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 klachtenaanbod, het gebruik van diagnostiek of het terugbestellen worden in dat onderzoek niet vastgesteld (Sanavro, 1985).

Hoe die andere taakopvatting en handelwijze tot stand komen, kan echter 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 Grol e.a. (1985).

Bij deze relatie is echter sprake van taakuitoefening met betrekking tot een aantal omschreven aandoeningen (het technische handelen van een huisarts). Deze taakopvattingen verschillen van de opvattingen gemeten door Verhaak. Bij de schalen die een huisartsgeneeskundige versus klinische houding meten vindt Grol (1981) geen relatie met het verwijscijfer. Alhoewel er dus duidelijke verschillen in taakopvattingen tussen huisartsen in verschillende praktijksituaties bestaan, is niet duidelijk of deze verschillen ook tot verschil in verwijscijfers zullen leiden.

De vraagstelling die we in deel III zullen behandelen, is de vraag of de huisartsen die in een gezondheidscentrum willen werken zich onderscheiden van andere artsen voor wat betreft het verwijscijfer. Als de taakopvatting van die groep eerder dan de samenwerking, bepalend is voor de hoogte van het verwijscijfer dan zal deze groep ook lagere verwijscijfers moeten hebben wanneer men zich - door het beperkte aantal vestigingsplaatsen in gezondheidscentra gedwongen - in een solopraktijk vestigt.

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden maken we gebruik van een jaarlijkse enquête onder nog niet gevestigde huisartsen.

1.7. Samenwerking als verklarende factor

In paragraaf 1.2 werd de praktijkvorm opgevoerd als een - wellicht

gebrekkige - operationalisatie van samenwerking. Een goed inzicht in de oorzakelijke verbanden wordt daarmee echter niet verkregen. We weten immers alleen zeker dat de hulpverleners onder één dak werken. Er blijkt een enorme variatie te bestaan in de intensiteit, of zo men wil diepgang van de samenwerking. Hofman (1983) laat zien, dat het totstandkomen van de samenwerking in de eerstelijnszorg een langdurig proces kan zijn.

Als criteria voor de intensiteit van samenwerking gebruikt Hofman de door Visser (1980) beschreven criteria.

De extra tijdsinvestering, die op basis van een onderzoek van Van der Zee (1979) op vijftien procent van de werktijd van huisartsen wordt geschat, wordt in het geval van geformaliseerde samenwerkingsverbanden door subsidies gedekt (Peters, 1984).

De hoeveelheid overlegtijd blijkt dus een zinvolle operationalisatie van samenwerken te zijn. Het is bovendien een operationalisatie die niet gebonden is aan een bepaalde praktijkvorm. Men kan zelfs veronderstellen dat actieve huisartsen in bijvoorbeeld home-teams minstens evenveel overleggen als huisartsen in gezondheidscentra.

We formuleren onze eerste vraagstelling als volgt:

- Welke vormen van gestructureerde samenwerking bestaan er naast de formele samenwerkingsvormen en van welke omvang is die samenwerking?

Er is in deze vraagstelling een beperking tot 'gestructureerde samenwerking' aangebracht, omdat onder het begrip samenwerking elke ad hoc-activiteit begrepen kan worden waarbij informatie wordt uitgewisseld, of waarbij contact plaatsvindt tussen de betrokkenen. We spreken van gestructureerd overleg wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. er vinden regelmatig bijeenkomsten plaats;
- b. de bijeenkomsten hebben tot doel onderling informatie uit te wisselen;
- c. er wordt vanuit een gemeenschappelijk uitgangspunt over die informatie gepraat.

De hiervoor genoemde vraag kan als volgt verder worden uitgewerkt.

- Wat is de inhoud van de samenwerkingssituaties, met welke frequentie vindt het overleg plaats en hoeveel tijd wordt daaraan besteedt?

Het antwoord op deze vragen levert informatie op over de vraag of de praktijkvorm wel een valide operationalisatie van samenwerking is of anders geformuleerd: wordt in gezondheidscentra inderdaad meer aan gestructureerd overleg gedaan dan door huisartsen in bijvoorbeeld duopraktijken. Daarbij kan de vraag aan de orde gesteld worden of geassocieerde artsen in een home-team, (die dus zowel mono- als multidisciplinair samenwerken) evenals huisartsen in gezondheidscentra lagere verwijscijfers realiseren.

De belangrijkste vraagstelling is uiteraard de volgende:

- Bestaat er een statistische relatie tussen de intensiteit en aard van de samenwerking aan de ene kant en verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers aan de andere kant.

Van deze algemene vraagstelling kan een aantal hypothesen worden afgeleid die voor een deel overeenkomen met de afgeleide hypothesen van paragraaf 1.4. Omdat we, anders dan in de analyse van geformaliseerde samenwerkingsverbanden, niet bij voorbaat beperkt worden in het aantal gemeten variabelen, kan ook de veronderstelling getoetst worden, dat samenwerking met de specialist in de vorm van consultatie en de onderlinge consultatie van huisartsen een remmend effect op het verwijscijfer hebben. Met name Mulder (1983) heeft in zijn oratie op deze remmende werking gewezen. Mulder stelt dat indien een huisarts vastloopt in zijn relatie met de patiënt hij een specialist kan consulteren over de problematiek, zodat hij in veel gevallen verder kan zonder dat een verwijzing noodzakelijk is. Pop en Kerkhof (1984) tonen aan, dat consultaties inderdaad vaak niet tot een verwijzing leiden (zie ook paragraaf 1.8).

De volgende hypothesen komen aan bod in het eerste hoofdstuk van deel IV.

- Praktijksituaties waarin zowel mono-, bi- als multidisciplinair wordt samengewerkt, hebben de laagste verwijscijfers.
- Hoe langduriger het patiëntenoverleg in monodisciplinair verband (ook onderlinge consultatie en consultatie van specialisten) des te lager is het totale verwijscijfer en het verwijscijfer voor de beschouwende specialismen.
- Wanneer in bi- of multidisciplinair verband door huisartsen met fysiotherapeuten wordt samengewerkt is het verwijscijfer voor orthopedie lager dan gemiddeld.
- Wanneer in bi- of multidisciplinair verband wordt samengewerkt tussen huisarts en wijkverpleegkundigen zal het aantal verpleegda-

gen lager zijn dan gemiddeld.

Voor het toetsen van deze hypothesen en het beantwoorden van de andere vraagstellingen, is een schriftelijke enquête gehouden onder huisartsen die niet in gezondheidscentra en groepspraktijken werken. De gegevens uit die enquête kunnen vergeleken worden met de gegevens uit 1978 verzameld door Van der Zee (1979). Aan de geënquêteerde huisartsen is toestemming gevraagd voor het mogen benutten van produktiecijfers afkomstig van het LISZ.

In de enquête is ook plaats ingeruimd voor vragen over het gebruik van diagnostische apparatuur en taakopvattingen van de huisarts. Deze aspecten zullen in de volgende paragraaf worden uitgewerkt.

1.8. Casestudie samenwerking

Met het onderzoeken van de relatie tussen overlegtijd en verwijscijfers wordt een eerste stap gezet in het zoeken naar oorzakelijke factoren voor de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra. Toch is ook het overleg slechts een pragmatische operationalisatie en zegt het weinig over de vraag op welke manier door middel van overleg het verwijscijfer wordt verlaagd.

In het tweede hoofdstuk van deel IV gaan we daarom op zoek naar aspecten in het dagelijks handelen van huisartsen waarvan een relatie met het verwijscijfer verondersteld mag worden. De aandacht zal daarbij speciaal gericht zijn op verschillen tussen artsen in verschillende praktijkomstandigheden. Na het explorerende onderzoek kan dan een gericht toetsend onderzoek worden opgezet, waarin alleen de relevante variabelen worden betrokken.

Dat toetsende onderzoek valt echter buiten het bestek van dit proefschrift. In deel IV wordt alleen verslag gedaan van het explorerende onderzoek.

De gegevens voor dit onderzoek zijn verzameld bij negen huisartspraktijken, verdeeld over vier praktijkvormen. Naast huisartsen in gezondheidscentra zijn huisartsen uit solo- en duopraktijken in het onderzoek betrokken. De solopraktijken zijn nog weer onderverdeeld in praktijken die wel en praktijken die niet deelnemen aan een home-team.

Naast registratie van de belangrijkste handelingen in de praktijk zijn in een aantal praktijken ook observaties uitgevoerd.

Bij de observatie en registratie in die negen huisartspraktijken

werd speciaal aandacht geschonken aan een aantal aspecten die we hieronder zullen bespreken.

In de eerste plaats de al in vorige paragrafen genoemde consultatie van collega-huisartsen en specialisten.

Naast de al genoemde oratie van Mulder (1983) en de opmerkingen van Vermeulen (1973) blijkt ook uit een al wat ouder onderzoek van Bruins e.a. (1973), waarin 35 onderlinge consultaties zijn bestudeerd, dat het aantal gevallen dat voor verwijzing in aanmerking komt afneemt, wanneer men er met collega's over praat. Pop en Kerkhof (1984), tonen aan dat het consulteren van een specialist (in dit geval een daartoe aangestelde internist bij het Diagnostisch Centrum Maastricht) in 58% van de consultaties niet op een verwijzing uitdraait. Ter relativering moet hier worden vermeld dat in Maastricht een unieke situatie bestaat.

Een manier om verwijzingen naar specialisten uit te stellen, dan wel te verminderen is het intensief gebruiken van diagnostische hulpmiddelen. Althans als dat tevens gepaard gaat met een groter aantal therapeutische handelingen (Dopheide en Van der Zee, 1980). Een simpele verhoging van het aantal diagnostiek aanvragen, leidt niet automatisch tot minder verwijzingen naar de specialist (Prins, 1976; Wijkkel en Van der Grijn, 1982).

De relatie tussen het gebruik van diagnostische tests en het verwijzen is tamelijk complex. Enerzijds wordt verondersteld dat een huisarts door het gebruik van diagnostische hulpmiddelen beter in staat is zelf een diagnose te stellen en verder de patiënt ook zelf onder behandeling te kunnen houden. Anderzijds bestaat het risico, dat bij patiënten die "voor alle zekerheid", of "ter geruststelling" naar een laboratorium of röntgenafdeling worden gestuurd een afwijking wordt geconstateerd waar de huisarts geen raad mee weet. De kans op een verwijzing neemt dan toe.

De motieven om veel diagnostiek aan te vragen kunnen aanzienlijk verschillen. De huisarts kan zo zijn onzekerheid reduceren, maar kan ook geïnteresseerd zijn in diagnostiek en behandeling van de "zwaardere gevallen" met somatische aandoeningen.

Dopheide en Van der Zee concluderen dat de taakopvatting van de huisarts van doorslaggevend belang is. Inderdaad kan Dopheide twee jaar later aantonen dat taakopvatting een duidelijke invloed op de hoogte van verwijzingscijfers heeft (Dopheide, 1982).

Een ander aspect van taakopvatting werd al besproken bij de mogelijk-

ke selectie van huisartsen, namelijk de aandacht voor psycho-somatische problematiek. De vraag die hier gesteld wordt is of huisartsen in samenwerkingssituaties meer klachten als 'psychosociaal' zien en of ze daaraan ook meer aandacht besteden door het voeren van therapeutische gesprekken bijvoorbeeld.

Verondersteld kan worden dat huisartsen die nauw samenwerken met maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen meer patiënten naar deze eerstelijns hulpverleners 'verwijzen' dan andere huisartsen. In theorie kunnen deze 'verwijzingen' binnen de eerstelijns als substitutie worden gezien voor verwijzingen naar de tweede lijn.

Onderzoek naar deze mogelijke substitutie is nog weinig verricht. Wel constateert Crebolder (1976) een groter aantal verwijzingen door huisartsen naar het maatschappelijk werk in twee gezondheidscentra. Bertels e.a. (1985) vinden in Amsterdam een lager gebruik van fysiotherapie door patiënten van gezondheidscentra, maar menen ook een lager verwijscijfer voor een aantal specialismen te kunnen constateren, die grenzen aan het werkterrein van de fysiotherapeut. Deze lagere cijfers worden toegeschreven aan intensief overleg over de verwijsindicatie tussen huisarts en fysiotherapeut.

In de discussie (deel V) die dit proefschrift afsluit komen de hierboven genoemde verklaringen nog terug. De resultaten van de verschillende delen zullen in dat deel worden samengevat in algemene conclusies. De discussie wordt tevens aangegrepen om de samenhang tussen samenwerkende professionals en de 'outcome' in termen van verwijzingen naar de tweedelijnsgezondheidszorg van een theoretisch kader te voorzien.

NOTEN INLEIDING

1. Zie voor een compleet beeld van de inhoud van deze nota's Dopheide (1985). In dit proefschrift worden alleen de aspecten behandeld die voor het betoog van belang zijn.
2. De redenering daarbij is, dat de huisartsen in loondienst minder baat hebben bij de financieel aantrekkelijke handelwijze om ziekenfondspatiënten (die via een abonnementshonorarium van huisartsenhulp zijn verzekerd) snel te verwijzen en particuliere patiënten (die per consult betalen) zelf te behandelen. Per januari 1984 waren in 36% van de 131 gezondheidscentra de artsen in loondienst (Boerma, 1984). Voor zover wij kunnen nagaan is er geen verschil in verwijscijfers tussen de centra met artsen in loondienst en centra met vrije beroepsbeoefenaren.
3. Dat de onderzoekers in het FAG-rapport met een betrekkelijk klein aantal waarnemingen toch tot significante resultaten komen, wordt vooral veroorzaakt door een aantal (10% van het totaal) solo-artsen met een extreem hoog verwijscijfer (bijna het dubbele van het landelijk gemiddelde).
4. Behalve de verwijscijfers, waarvan wordt verondersteld dat de huisarts daarop een belangrijke invloed heeft, zijn ook opnamecijfers en het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden van belang. De (indirecte) invloed die de huisarts heeft op deze productiecijfers (FAG, 1982; Kersten, 1984) en de hoge kosten die met name verpleegdagen met zich meebrengen, zijn daarvoor voldoende reden (Peters en Wijkkel, 1984).

DEEL I

PRAKTIJKVORM EN PRODUCTIECIJFERS

Een onderzoek naar structurele factoren als mogelijke verklaring voor verschil in verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers tussen artsen in verschillende praktijkvormen.

1.1. INLEIDING

Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het verwijscijfer heeft in de Nederlandse situatie een grote relevantie door de rol van poortwachter voor de tweedelijnsgezondheidszorg die door de huisarts wordt uitgeoefend. Aangezien de in verhouding sterke stijging van de kosten in de tweedelijnsgezondheidszorg tot staan gebracht kan worden als het aantal verwijzingen en daarop volgende opnamen beperkt wordt is er vanuit organisaties die het beleid bepalen grote belangstelling voor factoren die het verwijscijfer beïnvloeden en die bovendien door beleid gestuurd kunnen worden.

In het onderzoek naar de verklaring van verschillen in verwijscijfers wordt daarom veel aandacht besteed aan de omvang van de huisartspraktijk. Ondanks de tegenstrijdige resultaten in het onderzoek naar het effect van praktijkverkleining, blijven beleidsmakers een grote interesse houden in deze variabele, aangezien het een van de weinige structurele variabelen is die door overheidsmaatregelen kan worden beïnvloed (Wijkel en Van der Zee, 1984).

Er bestaat daarom in Nederland een behoorlijke traditie in het onderzoek naar de variantie in verwijscijfers, alsmede opname- en verpleegduurcijfers. Het onderzoek waarvan we hier verslag doen bouwt voort op de kennis die daarbij opgedaan is.

Hieronder gaan we in paragraaf 1.2 in het kort in op de structurele variabelen (dat zijn variabelen waarop de huisarts geen invloed kan uitoefenen) die in dat onderzoek een rol spelen. In hoofdstuk 2 behandelen we de gevolgde onderzoeksmethoden, de gebruikte variabelen en de bewerking van de gegevens die nodig zijn voor dit onderzoek.

In hoofdstuk 3 bespreken we de resultaten van het onderzoek. Dit deel zal worden afgesloten met een samenvatting in hoofdstuk 4.

De vraagstellingen die in dit deel aan de orde komen zijn in de inleiding van dit proefschrift behandeld. Kort samengevat onderzoeken we in dit deel of de geconstateerde verschillen in verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers tussen een aantal praktijkvormen tegen statistische toetsing bestand zijn, wanneer structurele factoren die deze verschillen kunnen verklaren in de analyse worden betrokken. Naast het totale verwijscijfer wordt ook een aantal onderscheiden specialismen aan een kritische analyse onderworpen.

1.2. Variabelen die het verwijscijfer beïnvloeden

In het afgelopen decennium is veel aandacht besteed aan de verklaring van verschillen in verwijscijfers door economische en demografische factoren. Afhankelijk van de vraagstelling en de beschikbaarheid van gegevens wordt het onderzoek naar het verwijzen op verschillende niveaus uitgevoerd. Van Es en Pijlman (1970) maakten voor hun onderzoek gebruik van gegevens die per patiënt verzameld zijn. Op dit meest gedetailleerde aggregatieniveau zijn veel analyses (ook met inhoudelijke vraagstellingen) mogelijk. Een iets hoger aggregatieniveau is dat van de huisartspraktijk, terwijl de onderzoeken met een meer macro-economische benadering op het niveau van de gemeente (Posthuma en Van der Zee, 1977), op het niveau van het ziekenfondsgebied (Rutten en Van der Gaag, 1977) of op het niveau van de provincie (Van der Gaag, 1978) zijn uitgevoerd. Met uitzondering van de praktijkgrootte blijkt de invloed van een aantal 'structurele' variabelen op het verwijzen gelijk te zijn op de verschillende aggregatieniveaus. Door Kruidenier (1976), Posthuma en Van der Zee (1977), Van der Gaag (1978), Rutten (1978) en Dopheide (1982) worden de volgende variabelen besproken:

1. De afstand van praktijk tot een algemeen ziekenhuis. Alle onderzoekers vinden lagere verwijscijfers wanneer de afstand tot een ziekenhuis groter is.
2. De samenstelling van de praktijk naar leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (oudere patiënten en vrouwen worden vaker verwezen).
3. Het aantal klinisch specialisten en het aantal ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking (bij een groter aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen is het aantal verwijzingen groter).
4. De urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging (in grote steden is het verwijscijfer hoger).
5. De regio waarin de praktijk is gelegen (in het zuiden is het verwijscijfer hoger).
6. Praktijkgrootte. De resultaten die, door verschillende auteurs gepresenteerd worden zijn niet eenduidig¹). Aangezien wij alleen over de grootte van de ziekenfondspraktijken beschikken en dus geen exacte schatting kunnen maken van de praktijkdruk, kunnen wij op voorhand geen voorspelling doen over de relatie.
7. Vestigingsjaar (of leeftijd) van de huisarts, Boots (1983) constateert hogere verwijscijfers voor minder ervaren huisartsen bij een steekproef van huisartsen.

Ondanks het gegeven dat de invloed van deze variabelen op het verwijscijfer door verschillende auteurs reeds uitputtend is beschreven (Dopheide, 1982; Krol, 1985), kunnen de resultaten van ons onderzoek nieuwe informatie opleveren, omdat de analyse geheel op praktijkniveau zal worden uitgevoerd. Hierbij worden alle huisartspraktijken van Nederland betrokken. De eerdere analyses op praktijkniveau uitgevoerd door Raupp (1971) en Dopheide (1982), betrof slechts een (selecte) steekproef van praktijken, of het betrof slechts een beperkt aantal variabelen (Kruidenier, 1976). Onderzoek op landelijk niveau is steeds op geaggregeerd materiaal uitgevoerd². We weten daarom niet op voorhand, of de variabelen die op praktijkniveau bekend zijn dezelfde relatie met het verwijscijfer hebben. Voor ons onderzoek naar verschillen tussen praktijkvormen is het gekozen aggregatieniveau uiteraard het meest juiste. Op basis van de hierboven aangehaalde onderzoeksresultaten zijn voor dit onderzoek de volgende variabelen verzameld:

Onafhankelijke variabelen

- Afstand in kilometers van het centrum van de woonplaats (dus niet de gemeente) waar de huisartspraktijk gevestigd is, tot het centrum van de plaats waar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gevestigd is. (Voor de praktijken op de Waddeneilanden werd een afstand van 45 km genomen.)
- Gemiddelde leeftijd van de patiënten in de praktijk; daarnaast percentage 60-plussers, percentage jonger dan 5 jaar en het percentage vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Bron: LISZ.
- Percentage mannen van de ziekenfondspraktijk Bron: LISZ.
- Gemiddeld inkomen per inkomenstrekker in de gemeente. Bron: CBS.
- Aantal klinisch specialisten en het aantal ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking. Diverse bronnen (zie voor een uitgebreide verantwoording van deze variabelen Van der Zee, 1982).
- De urbanisatiegraad van de gemeente.
Bron: CBS.
- De regio.
- Grootte van de ziekenfondspraktijk. Bron LISZ.
- Vestigingsjaar van de huisarts. Bron: NIVEL.

De afhankelijke variabelen zijn verwijscijfers, zowel per specialisme als totaal; opnamecijfers; het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten en een aantal samengestelde variabelen zoals het aantal opnamen per verwijskaart en het aantal verpleegdagen per opname. Deze gegevens zijn alle afkomstig van het LISZ.

2. GEGEVENSVERZAMELING EN ONDERZOEKSMETHODEN

2.1. Bewerking van het LISZ-materiaal

Van het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen zijn computerbanden afkomstig met de jaarbestanden van 1977 t/m 1983. In deze bestanden zijn per huisarts en per ziekenfonds de volgende gegevens opgenomen: de LISZ-code, de ziekenfondscodex, de gemeentecodex, het aantal ziekenfondspatiënten, het aantal uitgeschreven verwijskaarten (voor 21 specialismen), het aantal opnamen (voor 21 specialismen), het aantal verpleegdagen (voor 21 specialismen). Van het LISZ is ook een band ontvangen, waarop per LISZ-code voor 1978 de patiëntenaantallen voor mannen en vrouwen in een veertiental categorieën zijn onderverdeeld. In dit bestand is ook de gemeentecodex opgenomen.

De beschikbaarheid van deze gegevens en het feit dat de specialis-tingegegevens die uitsluitend voor 1978 beschikbaar zijn, leidt ertoe dat we het bestand van 1978 als analysebestand hebben genomen.

Voordat er analyses op de bestanden kunnen worden uitgevoerd, moet een aantal problemen worden opgelost. Het LISZ-systeem is in principe een administratief systeem, met andere doelstellingen dan uitsluitend wetenschappelijke.

Om administratieve redenen worden huisartsen die hun ziekenfondspraktijk beëindigen nog een aantal jaren in het LISZ-systeem gehandhaafd. Om dat probleem het hoofd te bieden werd, met als uitgangspunt het NIVEL-registratiesysteem van praktizerende huisartsen, nagegaan of alle praktizerende huisartsen wel in het LISZ-bestand zijn terug te vinden.

In het LISZ-bestand zijn gegevens van artsen aanwezig die niet meer praktizeren. Die gegevens zijn opgeteld bij die van de eventuele opvolger. Gegevens van artsen zonder opvolger of met specifieke populaties zijn verwijderd.

Aan het bestand zijn daarna de leeftijd van de arts, het vestigingsjaar, een wijkcode, en een samenwerkingsnummer toegevoegd. Dat samenwerkingsnummer is voor ons van groot belang, omdat we op die manier de gegevens van de verschillende artsen per praktijk kunnen samenvoegen. Om twee redenen is het noodzakelijk de gegevens per praktijk samen te voegen. Ten eerste blijkt dat de ziekenfondsen de verschillende artsen die samenwerken administratief niet altijd onderscheiden. Het komt regelmatig voor dat de verzekerden op naam van één arts staan, terwijl de verwijskaarten op naam van een samenwer-

| | |
|---|------------------|
| - Aggregatie naar praktijkniveau | 4.253 praktijken |
| - Verwijdering pas gevestigde artsen | 4.222 praktijken |
| - Verwijdering extreme verwijsgegevens en praktijken met ontbrekende gegevens | 4.191 praktijken |
| - Analyse bestand | 4.191 praktijken |

2.2. Regressie-analyse en de methode van gepaarde waarnemingen

Wanneer in een onderzoek zoals het onderhavige, de belangrijkste vraagstelling een vergelijking tussen twee groepen betreft voor een beperkt aantal variabelen, met inachtneming van een uitgebreid aantal andere (onafhankelijke) variabelen, zijn twee wegen te bewandelen. Men kan multivariate technieken gebruiken, om de invloed van onafhankelijke variabelen constant te houden en men kan paren samenstellen, die alleen verschillen op het criterium waarmee ze bij een bepaalde groep worden ingedeeld en de variabelen waarop ze vergeleken zullen worden. Deze laatste methode wordt aangeduid als de methode van de gepaarde waarnemingen.

Bij de multivariate technieken wordt op basis van rekenkundige modellen een schatting gemaakt van de invloed van de variabelen, rekening houdend met de invloed van alle andere of een deel van die andere variabelen. De multiple regressie-analyse wordt door ons gebruikt in navolging van eerder verricht onderzoek naar de verklaring van de verschillen (variantie) in verwijscijfers. In grote lijnen gebruiken we daarvoor dezelfde modelspecificatie zoals gebruikt door Posthuma en Van der Zee in 'Tussen eerste en tweede echelon' I (1977). Op een aantal punten wijkt onze analyse echter af. In de eerste plaats omdat een analyse op praktijkniveau wordt uitgevoerd, zodat praktijkgegevens gebruikt kunnen worden. In de tweede plaats, omdat betere gegevens beschikbaar zijn gekomen. Met name het aantal full-time specialisten per 1000 inwoners is als aanbodvariabele voor de verklaring van de hoogte van het verwijscijfer meer geschikt dan het beeldenaanbod waarmee Posthuma en Van der Zee zich moesten behelpen.

Voor de verklaring van de verwijsgegevens wordt een aantal alternatieve modellen gehanteerd, waarbij steeds op een andere manier de leeftijdsfactor is ingevoerd.

In een eerste analyse wordt gemiddelde leeftijd als verklaringsfactor ingevoerd. Omdat de relatie tussen leeftijd en totale verwijs-cijfers bij benadering een lineaire is (zie bijvoorbeeld Dopheide en Van der Zee, 1981), kozen we gemiddelde leeftijd boven percentage

65-plussers. Voor de verschillende verwijscijfers per discipline ligt dat echter anders; de relatie met leeftijd is daar zeker geen lineaire. Om die reden worden op basis van de leeftijds- en geslachtsspecifieke verwijscijfers, zoals gepresenteerd door Posthuma (1976), correctiefactoren voor enkele (beschikbare) specialismen berekend. Deze correctiefactoren, die ook te vinden zijn bij Rutten (1978) en Dopheide (1982), geven de relatieve afwijking weer in verwijscijfers, die het gevolg is van een afwijkende gemiddelde leeftijdsverdeling.

Met behulp van de multiple regressie-analyse, waarin dummy's worden ingevoerd voor de variabelen op nominaal niveau, kan zo de invloed van de verschillende variabelen op de verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers aangetoond worden. De resultaten van de multiple regressie-analyses zijn te vinden in hoofdstuk 3.2 van dit deel.

We hebben verder nog een variantie-analyse uitgevoerd, die als onderdeel heeft dat de nominale variabelen niet als aparte dummy-variabelen in de berekening worden betrokken. De Multiple Classification Analyses, levert voor alle klassen van de nominale variabele in ons geval (de samenwerkingsvariabele) de gemiddelde waarden van de te verklaren variabele (hoofdstuk 3.3).

De gevolgde multivariate technieken geven een statistisch gefundeerd antwoord op de vraag of naast de invloed van alle gemeten factoren de verklarende variabele samenwerkingsvorm een significante invloed heeft op de te verklaren variabele. Velen die op dit soort technieken vertrouwen, zullen de gevolgde aanpak voldoende vinden om op grond van een eventueel gevonden statistisch significant verband te besluiten dat daarmee het bewijs voldoende geleverd is. We hebben echter gemeend nog een tweede methodiek te moeten volgen.

Omdat het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken in verhouding klein is, kan de invloed van de variabele samenwerkingsvorm verloren gaan in een multiple regressie-analyse. Daarnaast kan verondersteld worden dat bijvoorbeeld lokale situaties met speciale afspraken tussen huisartsen en ziekenhuizen een (niet gemeten) effect op verwijscijfers zouden kunnen hebben. Het idee is dat in een multiple regressie-analyse dergelijke invloeden niet uitgeschakeld worden. Ook is het mogelijk dat bepaalde variabelen, waarvoor gecontroleerd wordt op de verschillende samenwerkingsvormen, op een tegengestelde manier inwerken. Als een mogelijke oplossing voor dit soort bezwaren werd gekozen voor de methode van de gepaarde waarnemingen.

Gepaarde waarnemingen

Deze methode is, anders dan de vorige waarbij multivariate technieken werden gebruikt, veel inzichtelijker. Bij de methode van de gepaarde waarnemingen wordt simpelweg bij ieder gezondheidscentrum of groepspraktijk een controlegroep van andere praktijken gezocht, die met betrekking tot een aantal kenmerken identiek zijn, of tot op grote hoogte met elkaar te vergelijken zijn. Het ligt daarbij voor de hand dat deze kenmerken bekende beïnvloeders van het verwijscijfer moeten zijn. Daarnaast kan de gemeente (of regio) als paringscriterium gebruikt worden. Het vestigingsjaar wordt ook als criterium gebruikt, omdat beweerd wordt dat pas gevestigde huisartsen veelal te maken hebben met trage inschrijving van nieuwe patiënten, waardoor verwijscijfers wel eens kunstmatig hoog kunnen uitvallen. De pas opgerichte gezondheidscentra en groepspraktijken moeten daarom vergeleken worden met recent gevestigde artsen in solo- en duo-praktijken, die bovendien een vergelijkbaar aantal ziekenfondspatiënten hebben.

Voor het paren van de gezondheidscentra en groepspraktijken aan andere praktijken gebruiken we een 'matching'-procedure⁴, ontwikkeld bij de subfaculteit Sociale Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (Haan, 1975).

De procedure berekent voor elk geval uit de populatie waaruit mogelijk 'matches' getrokken kunnen worden, de euclidische afstanden van de matchvariabelen tot die van de te matchen gevallen. De procedure voorziet in de mogelijkheid de matchvariabelen een wegingsfactor mee te geven.

In eerste instantie werd door ons geprobeerd de gezondheidscentra en groepspraktijken te paren aan praktijken in dezelfde gemeente. Dat lukte in 40% van de gevallen. Wanneer in die gemeenten niet voldoende praktijken konden worden gevonden, werden er praktijken bijgezoekt uit 'de rest van Nederland' waarvan de helft (30%) werd gematched met praktijken uit dezelfde regio⁵.

Steeds werd geprobeerd tenminste drie praktijken als 'match' te selecteren. Als 'matchvariabelen' werden de volgende kenmerken gebruikt, waarbij de variabele met de hoogste wegingsfactor bovenaan staat. De wegingsfactor werd gekozen op grond van eerder uitgevoerde analyses (o.a. Posthuma en Van der Zee, 1978).

| Variabele | Wegingsfactor |
|---------------------------------------|---------------|
| Afstand tot ziekenhuis | 25 |
| Bedden per 1000 inwoners | 15 |
| Urbanisatiegraad | 10 |
| Percentage 60-plussers in de praktijk | 5 |
| Aantal ziekenfondspatiënten | 1 |
| Perc. vrouwen 15-50 jaar | 1 |
| Vestigingsjaar | 1 |

Het resultaat van de gevolgde procedure kan alleszins bevredigend worden genoemd. Op acht gezondheidscentra na, kon voor de gezondheidscentra en groepspraktijken een controlegroep worden samengesteld.

De gezondheidscentra waarvoor geen goede match gevonden kon worden, waren centra die én een jonge praktijksamenstelling hadden en ver van een ziekenhuis verwijderd waren, óf een zeer kleine ziekenfondspraktijk hadden. Voor 68 gezondheidscentra en 63 groepspraktijken kon zo een geschikte controlegroep gevonden worden (Wijkkel, 1983). Van de zo samengestelde paren analyseren we de verschillen in verwijscijfers van de jaren 1977 t/m 1980⁶. De opname- en verpleegduurcijfers over 1977 en 1978 worden eveneens geanalyseerd (de gegevens van 1979 en 1980 zijn bij ons niet beschikbaar).

3. RESULTATEN

3.1. Relaties tussen de gebruikte variabelen en de verschillende vormen van samenwerking

Voor een goed inzicht in de invloed die verschillende variabelen op het verwijscijfer hebben, bespreken we hier allereerst de enkelvoudige samenhang met de verschillende vormen van samenwerking.

Tabel 5.1 geeft een overzicht van de verdeling over de verschillende variabelen. Allereerst worden de gemiddelden van verschillende verwijscijfers en totale opname- en verpleegduurcijfers getoond. Soortgelijke cijfers worden ook in het LISZ-jaarboek gepresenteerd. De hier gepresenteerde cijfers wijken echter enigermate af van de cijfers in het jaarboek. Aangezien in beide gevallen van hetzelfde basismateriaal is uitgegaan, zou men geen verschil verwachten. Dat er wél verschil is heeft de volgende redenen:

- a. Verschillende aanpassingen die door ons zijn verricht op het LISZ-bestand (zie paragraaf 4.1).
- b. Verschillen in toekenning van samenwerkingscodes aan de verschillende artsen. Door ons werden de meest recent bijgewerkte gegevens gebruikt voor die toekenning. Onder 'Associaties' werden door ons ook de artsen met gescheiden praktijkadressen en een aantal afwijkende associatievormen gerangschikt. Tevens werd door ons als extra categorie de solopraktijk met één of meer assistenten opgenomen.
- c. Verschillen in berekeningsmethode. Door ons werden de gemiddelden van de verwijscijfers over de huisartspraktijken berekend, terwijl het LISZ het verwijscijfer voor de groep als geheel berekent.

Aannemelijk is dat het totale verwijscijfer van solo-artsen in ons materiaal hoger is, omdat een groep minder verwijzende artsen met relatief grote praktijken (solo-artsen met assistenten) uit de groep solisten is afgesplitst (b, c) en omdat in de groep solisten een aantal kleinere praktijken van oudere huisartsen en daarmee ook oudere patiënten die een hogere kans op verwijzing hebben, aanwezig zijn (c).

Verschillen in afhankelijke variabelen

We zullen hier in het kort aandacht schenken aan de geconstateerde

verschillen in de produktiecijfers.

- Het totale verwijscijfer van de solopraktijk met assistent is laag.
- De opnamecijfers verschillen maar weinig per samenwerkingsvorm.
- Verpleegduurcijfers zijn voor gezondheidscentra het laagst, gevolgd door groepspraktijken, associaties en solopraktijken met assistent. De solopraktijken hebben aanzienlijk hogere verpleegduurcijfers.
- Het verwijscijfer voor chirurgie is voor de solopraktijken licht hoger.
- Het verwijscijfer voor inwendige geneeskunde van gezondheidscentra is opvallend laag (25% lager dan solopraktijken).
- Het verwijscijfer voor kindergeneeskunde is bij gezondheidscentra het hoogst.
- Het verwijscijfer voor oogheelkunde laat geen grote verschillen zien.
Groepspraktijken vertonen de hoogste verwijscijfers.
- Het verwijscijfer voor psychiatrie, zenuw- en zielsziekten is het laagst voor gezondheidscentra, gevolgd door solopraktijken met assistent.
- Het verwijscijfer voor orthopedie verschilt weinig per samenwerkingsvorm.
- Het verwijscijfer voor gynaecologie verschilt nauwelijks.

De onafhankelijke variabelen

De verklarende variabelen (deel B en C van tabel 3.1) laten zien dat de verschillen tussen de verschillende vormen van samenwerking slecht worden verklaard door de verdeling van de variabelen. Op grond van de waarden van de gemiddelde leeftijd mag worden verondersteld dat wanneer voor gemiddelde leeftijd wordt gecontroleerd de verschillen in verwijscijfers geringer zullen worden. Op basis van de schattingen van Dopheide en Van der Zee (1981), zou het verschil 17,5 verwij斯卡arten kleiner worden, omdat de praktijken van gezondheidscentra gemiddeld 3,5 jaar jonger zijn dan de solopraktijken. Het percentage personen ouder dan 60 jaar is een andere representant van de leeftijdsvariabele, die vrijwel identiek is aan gemiddelde leeftijd (daarover verderop meer) en dezelfde uitwerking zal hebben. Niet opgenomen in de tabel, maar wel makkelijk af te leiden uit de gemiddelde leeftijd en het percentage 60-plussers, is het aantal jongeren, dat bij gezondheidscentra groter is. Het hogere verwijscijfer voor kindergeneeskunde zal hiermee verklaard kunnen worden.

Tabel 3.1.: overzicht van de belangrijkste variabelen verdeeld naar samenwerkingsvorm. Gemiddelden van de afhankelijke variabelen (A) en van de continue onafhankelijke variabelen (B); percentuele verdeling van de nominale onafhankelijke variabelen (C)

A. afhankelijke variabelen (gemiddelden)

| variabele | solo- praktijk | gezond- heids- centrum | groeps- praktijk | associa- tie | solo + assis- tent |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|
| | n = 3288 | n = 77 | n = 64 | n = 580 | n = 172 |
| - totale ver- wijscijfer | 469.3 | 422.4 | 452.8 | 445.1 | 438.1 |
| - totale op- namecijfer | 115.3 | 113.9 | 114.1 | 114.2 | 110.8 |
| - tot. verpl.- duurcijfer | 1955.7 | 1721.2 | 1776.8 | 1822.5 | 1827.7 |
| - verw. cijfer chirurgie | 71.8 | 66.1 | 65.6 | 67.2 | 67.7 |
| - idem inwen- dige geneesk. | 52.6 | 38.8 | 45.7 | 49.0 | 49.9 |
| - idem kinder- geneesk. | 13.4 | 15.1 | 13.8 | 14.0 | 12.7 |
| - idem oog- heelkunde | 112.3 | 103.4 | 116.9 | 109.7 | 110.5 |
| - idem psy- chiatric* | 28.9 | 24.0 | 28.4 | 27.1 | 26.0 |
| - idem ortho- paedie | 27.9 | 24.0 | 27.2 | 29.1 | 25.7 |
| - idem gynae- cologie | 38.7 | 39.2 | 38.2 | 36.5 | 35.5 |
| - tot. zonder oogheelkunde | 357.1 | 318.5 | 335.9 | 335.4 | 327.7 |

* Inclusief zenuw- en zielsziekten

B. onafhankelijke continue variabelen (gemiddelden)

| variabele | solo- praktijk | gezondh. centrum | groeps- praktijk | associa- tie | solo + assistent |
|---|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| - totale aantal ZF-patienten | 1949.3 | 1515.5 | 1852.7 | 1572.6 | 2290.5 |
| - gem. leeftijd ZF-praktijk | 34.7 | 31.3 | 32.9 | 33.5 | 34.1 |
| - % pers. ouder dan 59 | 17.7 | 12.9 | 14.8 | 15.7 | 17.1 |
| - % vrouwen in vruchtbare leeftijd | 25.3 | 28.1 | 26.9 | 26.1 | 24.5 |
| - % mannen in ZF-praktijk | 47.9 | 47.6 | 48.4 | 48.4 | 48.9 |
| - afst. in km woon- pl. tot ziekenhuis | 5.0 | 4.5 | 5.5 | 7.0 | 7.7 |

C. onafhankelijke nominale variabelen (dummy-variabelen) (percentages)

| variabele | solo- praktijk | gezondh. centrum | groeps- praktijk | associa- tie | solo + assistent |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| regio: | | | | | |
| - noord | 80 | 1 | 1 | 12 | 6 |
| - oostmid. | 79 | 2 | 2 | 13 | 4 |
| - west | 82 | 2 | 1 | 11 | 4 |
| - zuid | 70 | 2 | 2 | 24 | 2 |
| urbanisatiegraad: | | | | | |
| - platteland | 76 | 1 | 1 | 14 | 8 |
| - verstedelijkt platteland + forensengemeenten | 74 | 1 | 2 | 19 | 4 |
| - kleinere steden | 80 | 2 | 2 | 12 | 4 |
| - grotere steden | 86 | 2 | 1 | 8 | 3 |

Het hogere verwijscijfer voor gynaecologie heeft te maken met het hogere percentage vrouwen in de vruchtbare leeftijd dat we bij gezondheidscentra vinden.

De hier genoemde invloed van leeftijd op verwijscijfers geldt in iets mindere mate voor de groepspraktijken, maar niet voor solopraktijken met assistenten.

Het percentage mannen verschilt nauwelijks per samenwerkingsvorm.

De afstand tot het ziekenhuis kan na correctie wel eens van grote invloed blijken te zijn. De solopraktijken met assistenten zijn gemiddeld 7,7 kilometer van het ziekenhuis verwijderd. Bijna drie kilometer verder dan solopraktijken. De gezondheidscentra zijn gemiddeld genomen het dichtst bij gemeenten met ziekenhuizen gevestigd. Correctie voor afstand levert dus een verlaging op van het verwijscijfer voor gezondheidscentra en een aanzienlijke verhoging van de cijfers van solo-praktijken met assistenten en in mindere mate van de associaties.

Correctie voor regio en urbanisatiegraad zal ook sterk in het 'na-deel' van de solopraktijken met assistenten werken, aangezien ze in verhouding meer op het platteland en slechts in geringe mate in het zuiden zijn gevestigd. Omdat associaties in verhouding veel in het zuiden voorkomen en minder in de grote stad, werken deze invloeden tegengesteld. Voor solopraktijken geldt eenzelfde redenering, maar dan omdat ze veel in grote steden en maar weinig in het zuiden zijn gevestigd. Van gezondheidscentra en groepspraktijken kunnen we door de kleinere aantallen en de op het oog gelijke verdeling geen voorspelling doen over de invloed van regio en urbanisatiegraad op het verwijscijfer.

Enkelvoudige correlaties

Wat de werkelijke invloed van deze beïnvloedende variabelen is, kan op grond van statistische technieken worden vastgesteld. Daarbij zal niet alleen met de rechtstreekse invloed van de verschillende variabelen rekening gehouden moeten worden, maar ook met de onderlinge relaties tussen de verschillende variabelen. In de correlatiematrix in bijlage B kunnen we een groot aantal van deze relaties vinden.

De belangrijkste correlaties zijn in tabel 3.2 opgenomen. We hebben daarvoor als criterium gebruikt dat meerdere correlaties van de op te nemen variabelen met de afhankelijke of de belangrijkste onafhankelijken groter dan .2 moeten zijn. Aangezien de variabelen gemiddelde leeftijd (Gemleef), percentage 60-plussers (Ouder) en de leeftijdscorrectiefactor (Leefcor) onderling zeer hoog correleren, is de variabele gekozen die de hoogste correlatie met het totale verwijscijfer.

cijfer vertoonde.

We zien dan dat de afstandsvariabele, de leeftijd, de aanbodvariabelen Totspec (aantal full-time specialisten per 1000 inwoners) en Bedden (aantal bedden per 1000 inwoners) en een paar dummy's van urbanisatiegraad de hoogste enkelvoudige correlaties met het verwijscijfer vertonen.

Ook valt gemakkelijk in te zien dat deze variabelen elkaar wederzijds beïnvloeden. Als we bijvoorbeeld uitgaan van de dummy grote stad (Bigstad), dan zien we dat die grote steden vooral in het westen gesitueerd zijn, dat in de grote stad het bedden- en specialistenaanbod hoog is en de afstand tot het ziekenhuis klein. Verder zien we dat de gemiddelde leeftijd in praktijken in de grote stad hoog is en het percentage mannen laag.

Al deze variabelen hebben een correlatie met het totale verwijscijfer in dezelfde richting, zodat de vraag opkomt of de correlatie van de dummy-variabele Grote stad met het totale verwijscijfer per 1000 ziekenfondspatiënten (Vctot) wellicht veroorzaakt wordt doordat de leeftijd hoog is, de afstand klein en het aantal specialisten hoog. Een omgekeerde redenering kan gehouden worden voor de geringe positieve correlatie van het verwijscijfer met de regio-dummy Zuid (Brabant en Limburg). Wellicht wordt de lage correlatiecoëfficiënt veroorzaakt door de relatief lage gemiddelde leeftijd in het zuiden en het relatief lage aantal specialisten en wordt door de huisartsen in het zuiden in feite relatief veel verwezen. Door gebruik te maken van multiple regressie-analyse kan de invloed van verschillende variabelen tegelijkertijd worden onderzocht.

3.2. Verklaringsmodellen voor verschillende verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers; vergelijking met eerder verricht onderzoek

3.2.1. Inleiding

In de nu volgende paragrafen zal verslag worden gedaan van de multivariate analyse van het materiaal. In de eerste plaats wordt een verklaringsmodel opgesteld voor het totale verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Vrij nauwgezet wordt dezelfde procedure gevolgd als bij Posthuma en Van der Zee (1977). Daarna zal een aantal verwijscijfers per specialisme worden verklaard. De samenwerkingsvorm is in die modellen steeds één van de 'vele' variabelen. De vraag die daarmee beantwoord kan worden, is of de samenwerkingsvorm een significante hoeveelheid van de variantie van het verwijscijfer ver-

klaart. Deze analyses zullen voor de lezers die niet ingevoerd zijn in de materie van de multiple regressie-analyse soms moeilijk te volgen zijn. Inzichtelijker en ook meer toegespitst op de vraagstelling van dit onderzoek, is de paragraaf waarin gebruik wordt gemaakt van de variantie-analyse met multiple classification analysis (par. 3.3).

3.2.2. Structuurvergelijking verwijscijfers

De structuurvergelijkingen voor de drie te verklaren getotaliseerde cijfers per 1000 verzekerden, alsmede het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten en het aantal verpleegdagen per 100 opnamen vindt men in tabel 3.3. Voor de verschillende dummy-variabelen werd als conventie steeds de categorie met de meeste waarnemingen weggelaten.

Regio

We zien dat van de drie opgenomen dummy's van regio, de regio zuid en de regio oostmid (provincies Overijssel, Gelderland en Utrecht en de Zuidelijke IJsselmeerpolders) een coëfficiënt hebben die significant van nul verschilt, huisartsen in die delen van het land verwijzen gemiddeld genomen minder, als alle andere variabelen constant worden gehouden. De regio oostmid komt echter maar net boven de significantiegrens. In volgende schattingen van de structuurvergelijking kunnen we dan ook zonder veel bezwaar volstaan met de regio zuid.

De gevonden invloed van de regio zuid is in overeenstemming met de resultaten van Posthuma en Van der Zee en andere onderzoekers (Kruidenier, 1976; Dopheide, 1982). Een verklaring moet wellicht gezocht worden in een slechtere gezondheidstoestand van de zuiderlingen (Soeters, 1980).

Urbanisatiegraad

Alle vijf ingevoerde dummy's van urbanisatiegraad blijken significante coëfficiënten te hebben, dat wil zeggen dat huisartsen in iedere gebruikte klasse van urbanisatiegraad minder verwijzen dan in de grote stad, met uitzondering van de middelgrote stad. De resultaten zijn door het invoeren van meer dummy's wat gedifferentiërder dan in de structuurvergelijkingen van Posthuma en Van der Zee en zijn op één punt duidelijk verschillend. In tegenstelling tot Posthuma en Van der Zee vinden wij wel dat huisartsen in de kleine steden (urbanisatiegraad B1-B3) minder verwijzen dan in de grote stad. De categorieën vertonen een hiërarchie (hoe stedelijker hoe meer verwijzingen), die echter wordt verstoord door de middelgrote stad

Tabel 3.3.: structuurvergelijkingen voor verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden.

| variabelen | verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten | |
|--------------------|---|------|
| | B* | T |
| noord | 0 | 0 |
| oostmid | -10.38 | 2.7 |
| zuid | t.o.v. west | 11.5 |
| ----- | | |
| platteland | -53.26 | 7.7 |
| verst. platteland | -43.28 | 7.2 |
| forensengemeenten | -31.89 | 4.1 |
| kleine steden | -13.99 | 6.5 |
| middelgr. steden | t.o.v. grote steden | 3.2 |
| ----- | | |
| gezondheidscentra | -41.09 | 3.5 |
| groepspraktijk | 0 | 0 |
| associaties | - 9.67 | 2.1 |
| solo + assistent | t.o.v. solopraktijk | 0 |
| ----- | | |
| afstand in km. | - 3.45 | 11.9 |
| inkomen/1000 gld. | - 3.70 | 4.7 |
| spec./100.000 inw. | 1.79 | 12.9 |
| perc. mannen | - 2.04 | 3.7 |
| gem. leeftijd | 3.85 | 9.4 |
| ZF-pat./1000 | - 5.92 | 2.5 |
| vestigingsjaar | 0 | 0 |
| constante | 497.07 | 12.3 |
| \bar{R}^2 | | .327 |

0 = niet significant

* = ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënt

(urbanisatiegraad C4 en C5), waar in verhouding tot het platteland meer wordt verwezen dan in de grote stad. De coëfficiënten verschillen niet alle significant van elkaar, het platteland verschilt niet van het verstedelijkte platteland en het verstedelijkte platteland niet van de forensengemeenten⁷.

De samenwerkingsvorm

Van de vier ingevoerde dummy's van de samenwerkingsvorm zijn alleen de coëfficiënten van gezondheidscentra en van associaties significant. Ten opzichte van de referentiecategorie solopraktijk hebben gezondheidscentra verwijscijfers die gemiddeld 41 kaarten per 1000 ZF-verzekerden lager liggen en associaties 10 lager. Het verschil tussen associaties en gezondheidscentra is significant.

Van belang is natuurlijk of de variabele samenwerkingsvorm als geheel een significante bijdrage aan de variantie van het verwijscijfer levert; het is immers mogelijk dat de ingevoerde dummy's wél significant zijn maar de combinatie van dummy's als geheel dat niet is, of andersom, dat de dummy's afzonderlijk niet significant zijn, maar een variabele samenwerkingsvorm waaruit ze zijn samengesteld dat wel is (Polissar en Diehr, 1982).

Voor het uitvoeren van de significantietest voerden we een stapsgewijze regressie-analyse uit, waarbij in de eerste stap alle onafhankelijken werden ingevoerd met uitzondering van de samenwerkingsvorm en in de tweede stap de vier dummy's die de samenwerkingsvorm vertegenwoordigen.

Het verschil in de hoeveelheid verklaarde variantie kan getoetst worden met de volgende formule:

$$F(k; n-k-m-1) = \frac{(R^2_{k+m} - R^2_m) / k}{(1-R^2_{k+m}) / (n-k-m-1)}$$

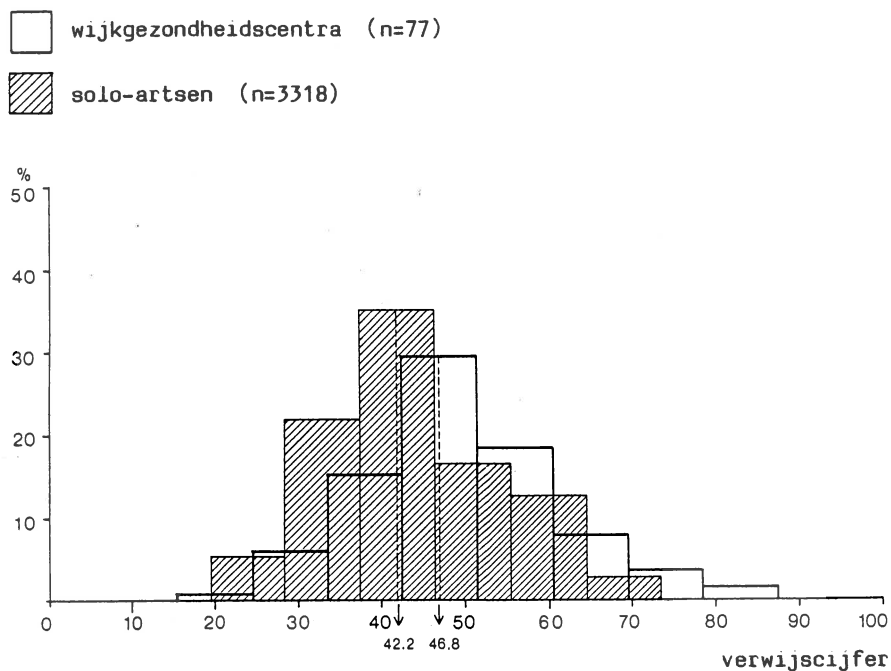
waarbij n het aantal waarnemingen is, k het aantal categorieën min één van de te toetsen variabele en m het aantal overige onafhankelijke variabelen in de vergelijking.

Voor de variabele samenwerkingsvorm was het verschil in R^2 .00356. Weliswaar een miniem verschil, maar dankzij het grote aantal waarnemingen levert de bovenstaande formule een F op van 5.33, waar een p-waarde behoort van <.001. De conclusie die hieruit getrokken mag worden, is dat de samenwerkingsvorm een kleine maar wel significante invloed op het verwijscijfer heeft. Gezondheidscentra en associaties wijken daarbij significant af van solopraktijken. Dat de invloed

klein is, heeft natuurlijk ook te maken met het relatief kleine aantal gezondheidscentra in de populatie; nog geen 2% van de praktijken is een gezondheidscentrum. Het verschil van 41 is echter relatief wel aanzienlijk, namelijk 9% lager dan het verwijscijfer van solo-artsen.

De vraag of de gevolgde aggregatieprocedure wellicht een sterk afwijkende verdeling van gezondheidscentra ten opzichte van solo-artsen oplevert, mag ontkennend worden beantwoord, zoals figuur 3.1 laat zien.

Figuur 3.1.: verdeling verwijscijfers gezondheidscentra en solo-praktijken (1978)



Aantal ziekenfondspatiënten

Wij vinden een significante invloed van het aantal ziekenfondspatiënten, evenals Posthuma en Van der Zee (1977) en Nuyens (1976); 1000 patiënten meer betekent 6 verwij斯卡arten per 1000 patiënten minder. Over de mogelijke oorzaken laten we ons hier niet uit.

De gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk heeft een duidelijke samenhang met het verwijscijfer; hoe hoger de gemiddelde leeftijd wordt, des te hoger wordt ook het verwijscijfer. We gebruiken hier overigens de gemiddelde leeftijd als onafhankelijke variabele en niet het percentage ouderen, zoals bijvoorbeeld bij Posthuma en Van der Zee; of de leeftijdscorrectiefactor, zoals bijvoorbeeld bij Rutten.

Er waren voor ons drie redenen om de gemiddelde leeftijd in de regressievergelijking op te nemen. In de eerste plaats bleek na een inspectie van de correlatiematrix dat gemiddelde leeftijd een hogere correlatie van de nulde orde had met verwijscijfers dan het percentage 60-plussers en de leeftijdscorrectiefactor (zie bijlage B).

De veronderstelling dat het verband met leeftijd een lineaire is (zie hoofdstuk 2.2) en het feit dat de gemiddelde leeftijd een gemakkelijk te hanteren grootte is, waren onze andere argumenten.

Om een rechtstreekse vergelijking met de resultaten van andere auteurs te krijgen, werden nog twee alternatieve structuurvergelijkingen uitgerekend. Eén met percentage 60-plussers en één met de leeftijdsrelatiefactor (d.i. het quotiënt van het verwachte verwijscijfer op basis van de leeftijdsspecifieke verwijscijfers van het ziekenfonds BAZ uit 1974 en het gemiddelde verwijscijfer).

De resultaten (bijlage D) laten zien dat gemiddelde leeftijd een fractie betere resultaten geeft dan het percentage patiënten van 60 jaar en ouder. De gebruikte leeftijdscorrectiefactor geeft vrijwel dezelfde resultaten. Dat is overigens niet verwonderlijk gezien de correlatiecoëfficiënt van .99 tussen gemiddelde leeftijd en de correctiefactor. Gezien de betere interpreteerbaarheid van gemiddelde leeftijd verdient deze variabele de voorkeur.

Wellicht voldoet een leeftijdscorrectiefactor op basis van recente leeftijdsspecifieke verwijscijfers die landelijk verzameld zijn beter dan de gebruikte factor uit 1974 van één ziekenfonds uit het zuidoosten des lands. Gezien de belangrijke invloed die leeftijd op de hoogte van het verwijscijfer heeft, verdient het aanbeveling zo'n factor te berekenen. In nog sterkere mate geldt dat voor de verwijscijfers per specialisme.

Aantal specialisten

Het aantal full time-specialisten per 100.000 inwoners heeft zoals verwacht een belangrijke positieve invloed op het verwijscijfer van huisartsen (wanneer er een groot aanbod aan specialistische zorg is, wordt er veel verwezen). Deze bevinding komt overeen met die van

Rutten en Van der Gaag (1977) en die van Nuyens (1976). Dezelfde resultaten vinden we als we in plaats van het specialistenaanbod het beddenaanbod nemen. In deze analyse, waarbij ook de variabele Jong was opgenomen (percentage patiënten jonger dan vijf jaar), behouden de meeste variabelen globaal dezelfde coëfficiënten met uitzondering van de dummy's van urbanisatiegraad. De variabelen Totspec en Bedden zijn blijkbaar op verschillende wijze over de urbanisatiegraad verdeeld. De middelgrote steden vertonen bij het model waarin Bedden meedraait géén significante coëfficiënt (in de stapsgewijze analyse wordt deze dummy als eerste van de variabele urbanisatiegraad ingevoerd, maar nadat de andere vier dummy's zijn ingevoerd, verdwijnt Midstad uit de vergelijking). De door ons gevonden coëfficiënt is echter tweemaal zo groot als bij Posthuma en Van der Zee. Mogelijk speelt hier het relatief grote aantal waarnemingen (praktijken) in de grote steden met een hoog beddenaanbod een belangrijke rol. Posthuma en Van der Zee beschikken in hun studie op gemeenteniveau natuurlijk maar over een beperkt aantal waarnemingen met een hoog beddenaanbod.

Afstand tot ziekenhuis is een variabele die één van de aspecten van toegankelijkheid meet. Is de toegankelijkheid van medische voorzieningen groter, dan zal er ook meer gebruik van worden gemaakt (Penchansky e.a., 1981). Posthuma en Van der Zee, die deze variabele in de vorm van dummy's opnamen, vonden een bevestiging van deze theorie, evenals Kruidenier (1977) en Dopheide (1982). Deze laatste auteur vond overigens een significante coëfficiënt voor het aantal autominuten, maar de dummy 'ziekenhuis in woonplaats' bereikte het significantieniveau niet (dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat Dopheide geen artsen uit de grotere steden in zijn steekproef had opgenomen). Onze resultaten met de variabele afstand als continue variabele komen volledig overeen met de resultaten op geaggregeerd niveau. De resultaten van Posthuma en Van der Zee laten duidelijk een hiërarchische opbouw zien van de relatie hoe groter de afstand, des te minder verwijzingen. Inspectie van het scattergram (afstand x verwijzingen) geeft steun aan de veronderstelling dat de relatie lineair verloopt.

Het inkomen per inkomenstrekker blijkt een negatieve invloed op de hoogte van het verwijscijfer te hebben. Dat wil zeggen dat in de sociaal-economisch zwakkere gebieden in verhouding meer wordt verwezen. Enige voorzichtigheid bij de interpretatie is wel geboden, omdat deze variabele op gemeenteniveau gemeten is en bovendien met de

dummy forensengemeente een hoge correlatie vertoont (.70).

De variabele **vestigingsjaar** levert geen significant van nul verschillende coëfficiënt op. Ook Ruhe (1967), De Melker (1975) en Kruidenier (1976) vonden geen verband tussen ervaring en verwijscijfers.

Ook het **percentage mannen**⁹ in de praktijk heeft een negatieve invloed op het verwijscijfer (hoe hoger het percentage mannen des te lager het verwijscijfer). De meest simpele verklaring hiervoor is het hogere verwijspercentage voor vrouwen. Maar er zijn ook meer verklaringen mogelijk, als men zich afvraagt waarom in sommige praktijken meer mannen zijn dan in andere. Waarom bijvoorbeeld is bij gezondheidscentra het percentage mannen lager?

Samenvattend kunnen we stellen dat onze resultaten geheel en al in overeenstemming zijn met eerder onderzoek. We waren in staat de reeds bekende relatie met urbanisatiegraad te verfijnen. Interessant was het verschil in resultaat tussen het gebruik van de variabelen specialistendichtheid en beddendichtheid. De verschillende dummy's van urbanisatiegraad bleken verschillende coëfficiënten te vertonen bij de twee verschillende modellen. Het belangrijkste resultaat was de significante invloed van samenwerkingsvorm op de variantie van het verwijscijfer.

Nadere interpretatie

Voordat we overgaan tot een bespreking van de structuurvergelijkingen voor opname en verpleegduur, is enige relativisering van de significantie van de coëfficiënten zeker op zijn plaats. Een significant resultaat wordt namelijk eerder bereikt met een groot aantal waarnemingen. Hoewel het in deze studie vooral gaat om het onderzoeken van de relatie tussen samenwerkingsvormen en productiecijfers, terwijl voor alle andere variabelen wordt gecontroleerd (in wezen dus de bespreking van de partiële correlatie), blijft natuurlijk ook de vraag interessant hoeveel de verschillende variabelen bijdragen aan de verklaring van de productiecijfers.

In de hier gepresenteerde tabellen wordt de B-coëfficiënt en de T-statistic opgenomen. De B-coëfficiënt geeft aan hoeveel eenheden de afhankelijke variabele verandert wanneer de betreffende onafhankelijke variabele één eenheid verandert. De T-statistic berekent op basis van de standaarddeviatie van de B-coëfficiënt hoeveel standaardafwijkingen de gevonden coëfficiënt groot is. De hoogte van de T-statistic geeft daarmee al een indicatie van de relatieve sterkte

van een coëfficiënt. Voor een goede vergelijking van de relatieve invloed die de verschillende variabelen op de afhankelijke variabele hebben, kunnen we de bèta-coëfficiënt nemen. Deze coëfficiënt is gestandaardiseerd voor de standaardafwijkingen van de variabelen. Omdat het in ons geval om populatie-onderzoek gaat, is bèta vrijwel identiek aan de partiële correlatiecoëfficiënt, dat wil zeggen de hoeveelheid variantie die door de betreffende variabele verklaard wordt, nadat alle andere variabelen hun deel van de variantie verklaard hebben (Blalock, 1960). In tabel 3.4 zijn voor het verklarende model van het verwijscijfer de bèta-coëfficiënten opgenomen. Tevens zijn de resultaten opgenomen van een stapsgewijs uitgevoerde regressie-analyse. In zo'n analyse worden de variabelen stapsgewijs ingevoerd, waarbij de variabele die de hoogste bijdrage aan de variantie van de afhankelijke geeft, het eerst wordt geselecteerd. Tabel 3.4 laat duidelijk zien dat de meeste variantie in het model verklaard wordt door afstand, urbanisatiegraad, specialistendichtheid, de regio zuid en de gemiddelde leeftijd, terwijl de inkomensfactor en het percentage mannen ook nog een redelijke bijdrage leveren. Samen verklaren ze 32% van de variantie. De resterende 1% wordt dan nog onder de overige variabelen verdeeld. Deze variabelen spelen dan ook in feite geen rol bij de verklaring van het verwijscijfer. De dummy gezondheidscentrum verklaart 2 promille van de variantie van het verwijscijfer. Een uiterst kleine bijdrage. Dat deze bijdrage gering is heeft in belangrijke mate te maken met het relatief kleine aantal gezondheidscentra. Mocht deze statistische relatie een causale zijn en zou het aantal gezondheidscentra aanzienlijk groter zijn, dan mogen we een hogere bijdrage verwachten. Voor de beleidsmakers is natuurlijk interessant dat, afgezien van de belangrijke aanbodfactoren afstand en specialistendichtheid, de samenwerkingsvorm de belangrijkste door het beleid te beïnvloeden factor is, die het verwijscijfer kan verlagen. Ook met het kleine aantal waarnemingen levert het gezondheidscentrum al een hogere bijdrage aan de verklaring van het verwijscijfer dan het aantal ziekenfondspatiënten. Voordat men mag concluderen dat met het stimuleren van gezondheidscentra de (dure) doorverwijzingen afnemen, moet eerst nader onderzoek worden verricht naar de vraag of er werkelijk van een causale relatie mag worden gesproken.

3.2.3. Structuurvergelijking opnamecijfers

Voor de verklaring van de opnamecijfers zijn twee alternatieve analyses uitgevoerd. In de eerste plaats een analyse waarin de afhankelijke variabele het aantal opnamen per 1000 verzekerden is en een

Tabel 3.4.: resultaten van de stapsgewijs uitgevoerde regressie-analyse voor verwijscijfer en de Bêta-coëfficiënten van de laatste stap. Alleen significante coëfficiënten zijn opgenomen

| variabele | R ² | verandering in R ² | Bêta van laatste stap |
|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|--------------------------|
| - afstand* | .194 | .194 | -.21 |
| - gem. leeftijd | .240 | .046 | .15 |
| - specialisten- dichtheid* | .261 | .021 | .20 |
| - regio zuid | .289 | .028 | .17 |
| - middelgrote steden | .298 | .010 | .05 |
| - inkomensniveau | .308 | .009 | -.09 |
| - perc. mannen | .312 | .005 | -.06 |
| - verstedelijkt platteland | .315 | .003 | -.14 |
| - platteland | .322 | .007 | -.14 |
| - forensen- gemeenten | .324 | .002 | -.09 |
| - gezondheids- centrum* | .326 | .002 | -.05 |
| - regio oosten en midden | .327 | .001 | -.04 |
| - kleine stad | .328 | .001 | -.04 |
| - aantal zieken- fondspatiënten* | .329 | .001 | -.04 |
| - associaties* | .329 | .001 | -.03 |

* Door beleid te beïnvloeden factoren.

tweede analyse, waarin het aantal opnamen per 1000 verwijzingen is opgenomen. Deze laatste analyse is opgenomen, omdat wel beweerd wordt dat het aantal opnemingen per verwijskaart een indicator zou zijn voor 'gerichtheid' van verwijzingen. Aan beide analyses werd een variabele toegevoegd, namelijk het percentage patiënten jonger dan 5 jaar. Deze werd meegenomen omdat uit de curve van leeftijd en aantal opnamen een lineaire relatie mag worden verondersteld, met uitzondering van de leeftijdscategorie onder de vijf jaar (zie de

LISZ-jaarboeken figuur 8.1 en 8.2).

Omdat opnamecijfers naar onze mening meer afhankelijk zijn van beslissingen van specialisten dan van huisartsen en we vooral in de invloed van bepaalde groepen huisartsen zijn geïnteresseerd, mag van deze gegevens niet verwacht worden dat de samenwerkingsvorm daarop een belangrijke invloed heeft.

Omdat van het verwijscijfer bekend is dat het in sterke mate het opname cijfer beïnvloedt en tezelfdertijd de variabelen die we willen onderzoeken invloed uitoefenen op het verwijscijfer, kan bij de verklaring van het opnamecijfer de indirecte invloed van de onafhankelijke variabelen een belangrijke rol spelen. Aangezien we geïnteresseerd zijn in de zuivere invloed van bijvoorbeeld samenwerkingsvorm op het opnamecijfer, moet voor die indirecte invloed gecontroleerd worden. Eén van de mogelijkheden om dat te doen is het verwijscijfer in de structuurvergelijking op te nemen. Vanwege de mogelijke interpretatieproblemen, alsmede het gegeven dat het opnamecijfer per 1000 verwijskaarten in feite al voor het verwijscijfer is gecorrigeerd, wordt het verwijscijfer niet opgenomen in de vergelijking voor opnamen per 1000 verwijskaarten.

Eventueel kan dan ook een zogenaamde 'herleide vorm vergelijking' worden berekend, waar de invloed van de onafhankelijken wordt getotaliseerd. Posthuma en Van der Zee hebben in 'Tussen eerste en tweede echelon' (1977) voor zo'n procedure gekozen. Een andere methode maakt gebruik van meerstadium schattingen. Daarbij wordt een verwijscijfer geschat op grond van alle gepredetermineerde variabelen.

Dat geschatte verwijscijfer wordt dan als verklarende variabele in het model voor de verklaring van het opnamecijfer opgenomen. In feite wordt zo de invloed die de verschillende variabelen op het verwijscijfer hebben als apart construct in de vergelijking opgenomen. De invloed van de verklarende variabelen op de variantie van het opnamecijfer is dan de extra variantie die wordt toegevoegd, gegeven de reeds via het verwijscijfer verklaarde variantie.

Wanneer het echte verwijscijfer in de regressievergelijking meedraait, zit in dat verwijscijfer de invloed van de onafhankelijke variabelen plus de invloed van de niet gemeten variabelen.

Er is geen reden om aan één van deze methoden de voorkeur te geven. We hebben dezelfde vergelijking als Posthuma en Van der Zee gespecificeerd. Dat heeft dan het voordeel dat we onze resultaten kunnen vergelijken met de resultaten op geaggregeerd niveau.

In de eerste kolom van tabel 3.5. vinden we dan de significant van

nul verschillende coëfficiënten voor het aantal opnamen per 1000 ZF-patiënten; in de tweede kolom het aantal opnamen per 1000 verwijskaarten. We zullen hier eerst de structuurvergelijking van het aantal opnamen per 1000 patiënten bespreken. Wat onmiddellijk opvalt is de hoge T-waarde van de coëfficiënt van het verwijscijfer. Voor de regio Noord vinden wij, evenals Posthuma en Van der Zee, een negatieve coëfficiënt. Voor het Zuiden (de dummy die bij Posthuma en Van der Zee is weggelaten) vinden wij nog een positieve coëfficiënt. Niet alleen wordt er dus in het zuiden naar verhouding meer verwezen, maar gegeven die verwijzingen wordt er ook nog meer opgenomen dan in het westen van ons land.

Met betrekking tot de urbanisatiegraad vinden wij andere resultaten dan Posthuma en Van der Zee. Vonden zij meer opnamen per patiënt op het platteland en minder opnamen in de grote stad, wij echter zien dat op het platteland en het verstedelijkte platteland evenveel wordt opgenomen als in de grote stad. In de forensengemeenten vinden duidelijk minder opnamen plaats en in de kleine en middelgrote steden iets meer dan in de grote stad. Het aggregatieniveau is naar onze mening debet aan deze verschillen.

Voor wat betreft de samenwerkingsvorm vinden wij geen significante coëfficiënten. Gegeven de invloed die de samenwerkingsvorm op de verwijscijfers heeft, maakt het voor opnamen geen verschil bij welke huisarts de betreffende patiënt is ingeschreven. Geheel volgens onze verwachting, want het zijn immers specialisten die over opname beslissen.

Vanuit gemeenten met gemiddeld hogere inkomens vinden meer opnamen plaats. We kennen daarvoor geen verklaring; overigens zien we dat inkomen hier een tegenovergestelde invloed heeft als op het verwijscijfer.

De afstand tot het ziekenhuis lijkt een belemmering voor opnamen. Evenals Posthuma en Van der Zee vinden wij een negatieve coëfficiënt.

Het aantal bedden per 1000 inwoners werkt zoals bekend (Posthuma en Van der Zee, 1977; Rutten en v.d. Gaag, 1977) verhogend op het opnamecijfer.

Het percentage mannen haalt ook een significante positieve coëfficiënt. Evenals bij het inkomen is de coëfficiënt tegengesteld van teken in vergelijking met het verwijscijfer.

Met betrekking tot leeftijd vinden we een positieve coëfficiënt voor de gemiddelde leeftijd en een vrij sterke coëfficiënt voor het percentage patiënten jonger dan vijf jaar.

Doordat de auteurs die deze variabelen op geaggregeerd niveau hebben

Tabel 3.5.: structuurvergelijking van opnamen per 1000
ziekenfondsverzekerden en aantal opnamen per 1000
verwijskaarten

| variabelen | opnamen per 1000 ZF-patiënten | | opnamen per 1000 verwijskaarten | |
|-------------------|----------------------------------|------|------------------------------------|-----|
| | B | T | B | T |
| noord | - 4.06 | 3.7 | -21.41 | 3.4 |
| oostmid | 0 | 0 | 0 | 0 |
| zuid | 7.38 | 8.2 | 0 | 0 |
| platteland | 0 | 0 | 0 | 0 |
| verst. platteland | 0 | 0 | 0 | 0 |
| forensengemeenten | - 7.67 | 5.5 | 0 | 0 |
| kleine steden | 6.33 | 5.6 | 0 | 0 |
| middelgr. steden | 3.16 | 3.2 | 0 | 0 |
| gezondheidscentra | 0 | 0 | 0 | 0 |
| groepspraktijk | 0 | 0 | 0 | 0 |
| associaties | 0 | 0 | 0 | 0 |
| solo + assistent | 0 | 0 | 0 | 0 |
| afstand in km. | - .46 | 8.6 | 0 | 0 |
| inkomen/1000 gld. | .70 | 4.3 | 0 | 0 |
| bedden/1000 inw. | 4.36 | 10.9 | 4.77 | 2.0 |
| perc. mannen | .31 | 2.8 | 2.22 | 3.3 |
| gem. leeftijd | .61 | 5.2 | - 1.94 | 2.8 |
| perc. jonger 5 jr | 2.68 | 13.9 | 9.81 | 8.3 |
| ZF-pat./1000 | 0 | 0 | -12.49 | 4.3 |
| vestigingsjaar | .14 | 4.1 | 0 | 0 |
| verwijscijfer | .11 | 35.7 | - | - |
| constante | -36.74 | 3.6 | 187.60 | 3.5 |
| \bar{R}^2 | .428 | | .067 | |

- = niet in vergelijking opgenomen

0 = niet significant

Tabel 3.6.: structuurvergelijking van verpleegdagen per 1000
ziekenfondsverzekerden en verpleegdagen per 100
opnamen

| variabelen | verpleegdagen per 1000 ZF-patiënten | | verpleegdagen/100 opnamen (ligduur) | |
|-------------------|--|------|--|-----|
| | B | T | B | T |
| noord | 56.95 | 3.2 | - 44.99 | 2.7 |
| oostmid | 0 | 0 | 0 | 0 |
| zuid | - 62.91 | 4.3 | - 34.15 | 2.5 |
| platteland | - 115.62 | 4.9 | - 74.46 | 3.6 |
| verst. platteland | - 132.84 | 6.7 | - 77.48 | 4.5 |
| forensengemeenten | - 118.22 | 4.6 | - 50.33 | 3.0 |
| kleine steden | - 144.14 | 6.9 | - 58.97 | 3.2 |
| middelgr. steden | - 69.33 | 4.0 | 0 | 0 |
| gezondheidscentra | 0 | 0 | 0 | 0 |
| groepspraktijk | 0 | 0 | 0 | 0 |
| associaties | 0 | 0 | 0 | 0 |
| solo + assistent | 0 | 0 | 0 | 0 |
| afstand in km. | 0 | 0 | - 1.85 | 2.0 |
| inkomen/1000 gld. | 7.15 | 2.7 | 0 | 0 |
| bedden/1000 inw. | 59.24 | 9.0 | 42.88 | 7.0 |
| perc. mannen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| gem. leeftijd | 51.15 | 27.6 | 51.05 | 3.3 |
| perc. jonger 5 jr | 9.17 | 2.9 | 0 | 3.0 |
| ZF-pat./1000 | 0 | 0 | - 22.80 | 3.3 |
| vestigingsjaar | - 2.87 | 5.3 | - 1.56 | 3.0 |
| verwijscijfer | - .12 | 2.0 | .38 | 7.6 |
| opnamencijfer | 15.25 | 60.7 | - | - |
| constante | -1753.69 | 15.5 | 91.93 | 1.3 |
| \bar{R}^2 | .723 | | .408 | |

- = niet in vergelijking opgenomen

0 = niet significant

onderzocht andere indices gebruikten, zijn de resultaten niet direct te vergelijken, temeer daar wij het percentage patiënten jonger dan vijf jaar lieten meelopen. Het aantal ziekenfondspatiënten heeft géén invloed op het opnamecijfer. Deze bevinding komt overeen met de geaggregeerde studies. Het vestigingsjaar tenslotte vertoont een positieve coëfficiënt. De later gevestigde huisartsen hebben meer opnamen per patiënt.

De variantie in het aantal **opnamen per 1000 verwijskaarten** kan maar voor een klein deel door de ingevoerde onafhankelijke variabelen verklaard worden. Het is een aantal variabelen dat de praktijkstelling weergeeft welke een samenhang met de afhankelijke variabelen heeft (percentage mannen en percentage jonger dan vijf jaar een positieve invloed en de gemiddelde leeftijd en de praktijkgrootte een negatieve coëfficiënt). Daarnaast heeft het beddenaanbod een verhogende invloed en blijkt men in de noordelijke provincies per verwijskaart minder in ziekenhuizen op te nemen.

Veel waarde moet men aan die invloed niet toekennen. Weliswaar zijn de coëfficiënten significant, maar in feite levert alleen het percentage ziekenfondspatiënten jonger dan vijf jaar een wezenlijke bijdrage aan de verklaring van deze index.

3.2.4. Structuurvergelijking verpleegdagencijfers

Ook hier weer twee analyses: één analyse waarbij het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden als afhankelijke en één waarbij het aantal verpleegdagen per 100 opnamen is gekozen. Deze laatste variabele wordt ook bij Posthuma en Van der Zee in het model opgenomen, alhoewel in de tekst hier en daar de eerste variabele vermeld staat. Onze veronderstelling is, dat huisartsen door een nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen, zoals in wijkgezondheidscentra, de ligduur zouden kunnen beïnvloeden, al geldt dat de opnameduur in de eerste plaats door specialisten wordt bepaald. Evenals bij Posthuma en Van der Zee worden opname- en verwijscijfers in de vergelijking opgenomen.

We zien dat in de structuurvergelijking voor het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten het opnamecijfer een zeer belangrijke rol speelt. Meer dan de helft van de variantie van het verpleegduraacijfer per praktijk wordt door het aantal opnamen bepaald. Bij de vergelijking voor ligduur werd het opnamecijfer weggelaten. Gegeven de verwijzingen wordt de meeste variantie verklaard door de

gemiddelde leeftijd van de patiënten. Deze voor de hand liggende verklaring van de lengte van de ligduur werd ook gevonden door de hiervoor genoemde auteurs. De samenwerkingsvorm levert geen significante bijdrage aan de verklaring van het aantal verpleegdagen en de ligduur. Wat de regio betreft zien we dat in het noorden en in het zuiden minder lang in ziekenhuizen wordt gelegen. Erg sterk is dat verband echter niet. Deze bevinding komt niet overeen met de resultaten van Posthuma en Van der Zee, die in het oosten, midden en westen kortere ligduren vinden. Ten opzichte van de grote stad wordt er door patiënten die landelijker wonen minder lang in ziekenhuizen gelegen. Deze bevinding komt wel overeen met die van Rutten en Van der Gaag, die bevolkingsdichtheid als variabele onderzochten, maar is anders dan bij Posthuma en Van der Zee, die geen significante coëfficiënten vonden. De afstand speelt gegeven de verwijs- en opnamecijfers nauwelijks meer een rol. Een kortere ligduur bij grotere afstand is een resultaat dat significant is, maar we zijn niet verbaasd dat Posthuma en Van der Zee op geaggregeerd niveau geen verband vonden. Het inkomen en het percentage mannen komen niet meer in de beide structuurvergelijkingen voor. Het aantal ziekenfondspatiënten haalt de significantiegrens wel, voor praktijken met veel ziekenfondsverzekerden is de ligduur korter. Deze bevinding is niet in overeenstemming met de resultaten van Posthuma en Van der Zee, die op gemeenteniveau geen relatie vonden.

Op het aggregatieniveau van de ziekenfondsregio vonden Rutten en Van der Gaag een positieve coëfficiënt voor huisartsendichtheid. Van belang is uiteraard het aantal beschikbare bedden. Evenals onze voorgangers vinden we een duidelijk positieve samenhang tussen beddenpromillage en de beide afhankelijke variabelen. Het verwijscijfer tenslotte levert een negatieve bijdrage aan de ligduur. Dit resultaat heeft mogelijk te maken met het gegeven dat wanneer veel verwezen wordt er daardoor ook veel wordt opgenomen, zodat ook dubieuze opnamen plaatsvinden met kortere ligduren.

3.2.5. De structuurvergelijking van enkele verwijscijfers per specialisme

In de structuurvergelijking voor de verschillende specialismen zijn als verklarende variabelen de specifieke specialistendichtheid opgenomen en - indien mogelijk - de specifieke correctiefactor voor de leeftijdsopbouw. Een ander verschil met de structuurvergelijking van het totale verwijscijfer is het weglaten van de dummy platteland in plaats van grote stad bij de urbanisatiegraad. Bovendien is alleen Zuid als respresentant van de regio-variabelen opgenomen. Dit alles

op grond van de structuurvergelijking van het totale verwijscijfer. Bij de bespreking beperken we ons in principe tot de coëfficiënten van de variabele samenwerkingsvorm maar indien daar aanleiding toe is, zullen ook andere aspecten worden genoemd.

Samenwerkingsvorm

In een aantal structuurvergelijkingen (tabel 3.7 zie volgende pagina) verschilt de regressiecoëfficiënt van gezondheidscentra significant van nul. Het betreft in de eerste plaats de specialismen interne geneeskunde, gynaecologie en psychiatrie, maar ook het verwijscijfer van alle specialismen minus oogheelkunde, de inwendige specialismen en in mindere mate de heelkundige specialismen.

Interessant is daarbij dat het verwijscijfer voor gynaecologie in de niet gecorrigeerde cijfers voor gezondheidscentra hoger ligt dan voor andere praktijken, terwijl het in de structuurvergelijking een negatieve regressiecoëfficiënt heeft. Van belang is dat de artsen in gezondheidscentra met name minder verwijzen naar de interne (beschouwende) specialismen en naar psychiatrie (inclusief zenuw- en zielsziekten). Het gegeven dat ook huisartsen in associaties en groepspraktijken een lager verwijscijfer voor interne geneeskunde hebben, doet vermoeden dat samenwerkende artsen voor de diagnose en behandeling van een aantal patiënten met vage klachten binnen hun eigen praktijk terecht kunnen, zodat verwijzing naar de specialist vermeden kan worden. Associaties blijken overigens ook minder naar gynaecologen te verwijzen.

Tot zover komen de uitkomsten goed overeen met onze verwachtingen. Anders ligt dat voor orthopedie. Tegen onze verwachting in blijkt de samenwerkingsvorm bij orthopedie geen significante regressiecoëfficiënt op te leveren. Met de verwijscijfers voor orthopedie is wel iets opmerkelijks aan de hand. Niet alleen blijken de ingevoerde onafhankelijke variabelen meer dan 30% variantie te verklaren, maar de **regio Zuid** blijkt hier een sterke invloed te hebben. In het zuiden worden - als alle andere invloeden zijn uitgeschakeld - maar liefst 14 verwijskaarten per 1000 verzekerden meer uitgeschreven. Aangezien het gemiddelde verwijscijfer voor orthopedie 'slechts' 28 bedraagt, is hier sprake van een zeer grote afwijking, waarvoor we geen plausibele verklaring kennen. Opvallend is dat in Brabant en Limburg in de gezondheidscentra veel minder fysiotherapeuten werken dan in de rest van Nederland (Boerma, 1980). Het was helaas niet mogelijk dit hoge verwijsgegeven te relateren aan de fysiotherapeutendichtheid in het zuiden. De regio Zuid heeft weinig invloed op de verwijscijfers voor chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde en

oogheelkunde. Dopheide (1982) vond voor oogheelkunde zelfs geen significante coëfficiënt.

Bij de inwendige specialismen tezamen heeft de regio Zuid wel een belangrijke invloed.

Van de **urbanisatiegraad** valt op dat de dummy's verstedelijkt platteland, forensengemeenten en kleine stad voor veel specialismen niet significant van het platteland afwijken. Het verstedelijkt platteland heeft alleen voor gynaecologie en oogheelkunde minder verwijzingen. In forensengemeenten wordt ten opzichte van het platteland minder naar chirurgie en gynaecologie verwezen. Vanuit kleine steden wordt meer naar interne geneeskunde, kindergeneeskunde, psychiatrie en oogheelkunde verwezen. Ook de heelkundige en de inwendige specialisten hebben voor de kleine stad hogere verwijscijfers, evenals het totale verwijscijfer minus oogheelkunde. De middelgrote stad kent met uitzondering van gynaecologie voor alle specialismen hogere verwijscijfers. De grote steden hebben voor een tweetal specialismen (interne geneeskunde en orthopedie) negatieve coëfficiënten.

Het **specialistenaanbod** (per specialisme) speelt zoals verwacht mocht worden bij alle specialismen een belangrijke rol. Het sterkst is die invloed bij orthopedie, maar ook bij gynaecologie, chirurgie en psychiatrie heeft het specialistenaanbod een aanzienlijk verhogende invloed op het verwijscijfer. Voor de specialismen interne geneeskunde en kindergeneeskunde is de verhogende werking minder sterk. Het specialistenaanbod speelt bij de heelkundige specialismen een sterkere rol dan bij de inwendige specialismen.

De factor **afstand** is voor alle specialismen van belang. Het sterkst wordt het verwijscijfer voor interne geneeskunde en chirurgie lager bij het toenemen van afstand. De sociaal-economische toestand van de gemeente, gemeten als het **inkomen** per inkomenstrekker, heeft een negatieve coëfficiënt bij de structuurvergelijkingen van oogheelkunde, interne geneeskunde en orthopedie. Hoewel de invloed zeker niet sterk te noemen is, geven deze resultaten toch aanleiding te veronderstellen dat in gemeenten met een hoger inkomensniveau de inwoners gezonder zijn, al wijzen wij er nogmaals op dat het verschil in aggregatieniveau waarop deze variabele gemeten is, deze resultaten op losse schroeven kan zetten.

Voor de invloed van het **percentage mannen** in de praktijk is moeilijk een verklaring te vinden. Als we de negatieve correlatie tussen gemiddelde leeftijd en percentage mannen als uitgangspunt nemen, dan is een positieve coëfficiënt voor gynaecologie en een negatieve coëfficiënt voor oogheelkunde wel te plaatsen, maar met de positieve coëfficiënt bij interne geneeskunde weten we niet goed raad.

Tabel 3.7.: structuurvergelijking per specialisme: significante coëfficiënten en T-waarden

| onafhankelijke variabele | verwijs- cijfer chirurgie | | verwijs- cijfer oogheel- kunde | | verwijs- cijfer gynaecolo- gie | | verwijs- cijfer ortho- pedie | | verwijs- cijfer heelkun- dige spe- cialismen | |
|-----------------------------|---------------------------------|------|---|------|---|------|---------------------------------------|------|--|-------|
| | B | T | B | T | B | T | B | T | B | T |
| regio Zuid | 5.03 | 4.6 | 4.64 | 4.0 | 1.94 | 3.2 | 13.99 | 26.7 | 32.09 | 11.08 |
| verst. pl. land | 0 | 0 | -2.66 | 2.1 | -2.20 | 3.5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| forensengemeenten | -4.90 | 3.8 | 0 | 0 | -4.29 | 4.7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| kleine steden | 0 | 0 | 3.97 | 2.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12.35 | 3.4 |
| middel gr. steden | 7.78 | 5.7 | 4.35 | 3.4 | 0 | 0 | 4.35 | 6.6 | 31.72 | 9.1 |
| grote steden | 5.33 | 4.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | -4.31 | 6.6 | 17.78 | 5.3 |
| gezond. centra | 0 | 0 | 0 | 0 | -4.84 | 3.0 | 0 | 0 | -17.61 | 2.4 |
| associaties | 0 | 0 | 0 | 0 | -2.74 | 4.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| groepspraktijken | 0 | 0 | 8.72 | 2.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| solo+assistent | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| zf-patiënten/1000 | 1.47 | 2.6 | -3.14 | 5.0 | -2.15 | 6.6 | 0 | 0 | -6.03 | 4.2 |
| spec./100.000 inw. | 4.45 | 13.8 | 3.96 | 7.2 | 3.49 | 25.9 | 9.04 | 25.9 | 4.60 | 12.6 |
| afstand in km | -.84 | 12.2 | -.50 | 7.3 | -.31 | 9.2 | -.13 | 3.8 | -1.98 | 10.9 |
| inkomen/1000 gld. | 0 | 0 | -1.41 | 9.3 | -.24 | 2.3 | -.29 | 3.8 | -2.29 | 5.9 |
| perc. mannen | 0 | 0 | -1.04 | 7.0 | .33 | 3.6 | 0 | 0 | -2.34 | 6.7 |
| gem. leeftijd | - | - | - | - | - | - | .28 | 5.6 | 1.44 | 5.7 |
| leeftijd factor BAZ | 72.58 | 3.9 | 114.17 | 20.6 | 44.73 | 16.4 | - | - | - | - |
| % jonger 5 jaar | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| constante | -23.87 | 1.3 | 85.78 | 7.5 | -21.75 | 3.1 | 19.54 | 4.0 | 363.97 | 14.4 |
| \bar{R}^2 | .163 | | .236 | | .216 | | .317 | | .257 | |

* ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

- = niet in de vergelijking opgenomen

0 = niet significant (p .05)

Tabel 3.7.: vervolg

| onafhankelijke variabele | verwijs- cijfer interne genees- kunde | | verwijs- cijfer kinderge- neeskunde | | verwijs- cijfer inwendige specialis- men | | verwijs- cijfer psychia- trie, zenuw en ziels- ziekten | | verwijs- cijfer minus oog- heelkunde | |
|-----------------------------|---|------|--|------|--|------|---|------|---|------|
| | B | T | B | T | B | T | B | T | B | T |
| regio Zuid | 8.77 | 10.1 | 1.28 | 4.6 | 19.70 | 16.9 | 4.22 | 8.0 | 51.78 | 13.8 |
| verst. pl.land | 0 | 0 | 0. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| forensengemeenten | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| kleine steden | 9.58 | 8.3 | 1.80 | 4.9 | 8.37 | 5.3 | 3.87 | 5.4 | 22.68 | 4.5 |
| middelgr.steden | 5.58 | 5.0 | 1.03 | 2.9 | 12.88 | 8.5 | 8.33 | 12.5 | 53.54 | 11.4 |
| grote steden | -6.49 | 6.1 | 3.41 | 10.7 | 12.48 | 8.3 | 4.62 | 7.6 | 47.00 | 10.9 |
| gezondh.centra | -8.19 | 3.5 | 0 | 0 | -11.15 | 3.4 | -4.36 | 3.0 | -37.68 | 3.7 |
| associaties | -3.03 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -9.27 | 2.3 |
| groepspraktijken | -5.25 | 2.1 | 0 | 0 | -7.33 | 2.1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| solo+assistent | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| zf-patiënten/1000 | -.98 | 2.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| spec./100.000 inw. | .53 | 4.2 | .35 | 4.7 | .60 | 7.0 | .70 | 15.6 | 1.35 | 10.8 |
| afstand in km | -.71 | 12.4 | -.11 | 6.1 | -.76 | 9.6 | -.32 | 9.2 | -2.93 | 11.9 |
| inkomen/1000 gld. | -.65 | 5.2 | 0 | 0 | -.54 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| perc. mannen | .34 | 3.1 | 0 | 0 | .38 | 2.5 | 0 | 0 | -1.20 | 2.6 |
| gem. leeftijd | - | - | -.38 | 10.5 | 2.02 | 18.0 | .27 | 5.5 | - | - |
| leeftijdsfact.BAZ | 52.76 | 21.1 | - | - | - | - | - | - | 293.70 | 7.0 |
| % jonger 5 jaar | - | - | .65 | 10.8 | - | - | - | - | - | - |
| constante | -3.89 | .5 | 20.31 | 13.0 | 6.16 | .6 | 12.04 | 6.9 | 33.52 | .6 |
| R ² | .210 | | .181 | | .291 | | .217 | | .290 | |

* ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

- = niet in de vergelijking opgenomen

0 = niet significant (p .05)

Dat leeftijd op de hoogte van de verwijscijfers invloed heeft is geen verrassing. De sterkste invloed van leeftijd vonden we bij interne geneeskunde en oogheelkunde. Ook bij de specialismen die zich typisch op specifieke leeftijdsgroepen richten, zoals gynaecologie en kindergeneeskunde, speelt de leeftijdsopbouw van de praktijk een belangrijke rol. Het aantal ziekenfondspatiënten heeft een negatieve invloed op de verwijscijfers voor oogheelkunde, gynaecologie en interne geneeskunde en een positieve invloed op chirurgie. Vooral de tamelijk sterke invloed op het verwijscijfer voor gynaecologie valt hierbij op. Dit resultaat kan mogelijk verband houden met het gegeven dat huisartsen met grote praktijken gemiddeld minder en kortere consulten per patiënt kunnen hebben. Bekend is ook dat vrouwen de huisarts gemiddeld vaker consulteren dan mannen. Onze redenering is dat vrouwen in die grotere praktijken daardoor minder contacten met hun huisartsen hebben. Daardoor bestaat ook minder kans op verwijzen. Zo'n mechanisme kan dan bij uitstek bij het typische vrouwen-specialisme gynaecologie tot uiting komen.

Resumerend kunnen we stellen dat de analyse per specialisme de stelling ondersteunt dat artsen in gezondheidscentra in staat zijn hun verwijscijfer te verlagen. Ook artsen in associaties zijn daar - in mindere mate - toe in staat. Opmerkelijk is verder het hoge verwijscijferpercentage naar orthopedie in de regio zuid (Noord-Brabant en Limburg) en verder het gegeven dat bij een groot aantal ziekenfondspatiënten in een praktijk het verwijscijfer voor gynaecologie lager is dan in praktijken met minder ziekenfondspatiënten.

3.3. Verschillen in verwijscijfers tussen de samenwerkingsvormen

In deze paragraaf wordt een variantie-analyse besproken met variabelen onderverdeeld in categorieën (categorical variables). Deze bewerking is een alternatief voor de hiervoor besproken regressie-analyse en geeft de mogelijkheid de resultaten op een begrijpelijke en makkelijk te interpreteren wijze te presenteren. In de uitgevoerde analyse werden drie variabelen als zogenaamde hoofdeffecten opgenomen. Naast (uiteraard) de samenwerkingsvorm zijn dat de urbanisatiegraad en de regio, beide in vier categorieën. De continue variabelen, die in de structuurvergelijking een belangrijke rol speelden, zijn als 'covariate' meegenomen (het gebruikte computerprogramma laat maximaal vijf covariaten toe). Voor de analyse met het verwijscijfer zijn dat de afstand, specialistendichtheid, gemiddelde leef-

tijd, aantal ziekenfondspatiënten en het percentage mannen (zie tabel 3.3).

De uiteindelijke resultaten van de 'multiple classification analysis' zijn voor de variabele samenwerkingsvorm in tabel 3.8 samengevat.

In de variantie-analyse van het verwijscijfer blijkt de variabele urbanisatiegraad de grootste hoeveelheid variantie te verklaren; afstand en specialistendichtheid verklaren ook vrij veel variantie, gevolgd door regio en gemiddelde leeftijd. Van belang is te constateren dat de hoeveelheid verklaarde variantie door samenwerkingsvorm significant van nul verschilt en dat deze variabele geen interactie vertoont met de overige variabelen.

Bij tabel 3.8 behoort de volgende uitleg:

De gepresenteerde getallen zijn de gemiddelde afwijkingen van het gemiddelde over alle gevallen ('grand mean').

Op de eerste rij staan dan de gemiddelde afwijkingen zonder enige correctie. Solopraktijken hebben dan een verwijscijfer van $464.1 + 5.6 = 469.7$. Gezondheidscentra $464.1 - 38.6 = 425.5^9$.

Op de tweede rij staan de gemiddelde afwijkingen, gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad en op de derde rij de afwijkingen gecontroleerd voor alle ingevoerde variabelen. Beperken we ons tot de cijfers voor samenwerking, dan zien we dat het verschil tussen gezondheidscentra en solopraktijken groter wordt als alleen voor urbanisatiegraad en regio wordt gecontroleerd. De aanzienlijke afwijking van het gemiddelde, die solopraktijken met assistenten en ook associaties vertoonden verdwijnt vrijwel geheel als we controleren voor de twee 'main effects'. Gezien de verdeling van beide groepen over deze variabelen (zie par. 3.1) lag dit in de lijn der verwachtingen. Wanneer voor alle variabelen gecontroleerd is, blijken gezondheidscentra als enige groep een aanzienlijk lager verwijscijfer te hebben, namelijk 424.6. Vergelijken met solo-artsen is dat een verschil van $466.6 - 424.6 = 42$ verwijskaarten. En dat is slechts twee verwijskaarten minder dan voor de correctie met de overige variabelen (in de structuurvergelijking vonden we een verschil van 41 kaarten, een verwaarloosbaar verschil). Duidelijk blijkt dat het aanvankelijk grote verschil tussen solopraktijken en solopraktijken met assistenten vrijwel helemaal is verdwenen. Ook het verschil met de associaties is sterk verminderd. Alleen het verschil met groepspraktijken blijft vrijwel gelijk, maar is te gering om conclusies aan te verbinden. De gevonden reeks komt wel min of meer overeen met onze ver-

Tabel 3.8.: resultaten van de 'multiple classification analysis' voor het totale verwijscijfer, opnamecijfer, verpleegduurcijfer en ligduur naar samenwerkingsvorm.

| variabelen | afwijkingen van het algehele gemiddelde per samenwerkingsvorm | | | | | F-statistic significantie van de variabele samenwerkingsv. |
|---|---|------------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|--|
| | geen samenwerking n = 3212 | gezondheidscentrum n = 75 | groepspraktijk n = 63 | associaties n = 580 | solo + assistent n = 169 | |
| verwijscijfers | | | | | | |
| (algeheel gemiddelde = 464.1) | | | | | | |
| - niet gecorrigeerd | 5.6 | - 38.6 | - 9.5 | - 18.1 | -24.23 | |
| - gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad | 3.0 | - 48.3 | - 11.9 | - 6.6 | - 8.9 | |
| - gecontr. voor regio urb.gr, afst., specialisten, leeftijd, ZF-patiënten en perc. mannen | 2.5 | - 39.5 | - 9.8 | - 6.8 | - 2.2 | F = 6.48 (p .001) |
| opnamecijfers | | | | | | |
| (algeheel gemiddelde = 115.0) | | | | | | |
| - niet gecorrigeerd | .4 | - .9 | - .3 | - .9 | - 3.7 | |
| - gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad | .2 | - 2.6 | - 2.1 | - .3 | - .8 | |
| - gecontr. voor regio. urb.gr., afstand, bedden, gem. leeftijd % jonger dan 5jr., verwijscijf | .0 | - 1.6 | - 1.2 | .2 | - .2 | F = 0.76 n.s. |
| - gecontr. voor regio, urb.gr., afstand, bedden, gem.leeftijd, % jonger dan 5jr., vestig.jr. | .4 | - 6.4 | - 2.2 | - .8 | - .7 | F = 0.55 n.s. |
| verpleegduurcijfers | | | | | | |
| (algeheel gemiddelde = 1925.7) | | | | | | |
| - niet gecorrigeerd | 30.5 | -197.9 | -143.1 | -101.9 | -89.2 | |
| - gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad | 14.0 | -258.8 | -131.4 | - 23.5 | -20.6 | |
| - gecontr. voor regio, urb.gr., afstand, bedden, gem.leeftijd, vestigingsjaar, opnamecijfer. | 3.0 | - 44.5 | - 44.5 | - 4.4 | - 6.2 | F = 17.99 (p .001) |
| - gecontr. voor regio, urb.gr., afstand, bedden, gem.leeftijd, % jonger dan 5jr., vestig.jr. | 9.2 | -150.1 | - 78.9 | - 17.5 | -18.8 | F = 8.12 (p .001) |
| ligduur | | | | | | |
| (algeheel gemiddelde = 16.7) | | | | | | |
| - niet gecorrigeerd | .20 | - 1.51 | - 1.05 | - .68 | - .39 | |
| - gecontroleerd voor regio en urbanisatiegraad | .09 | - 1.78 | - .72 | - .11 | - .20 | |
| gecontr. voor regio, urb.gr., afstand, bedden, gem.leeftijd, verwijscijfer, % jonger 5 jr. | .04 | - .56 | - .34 | - .07 | - .16 | F = 11.50 (p .001) |

wachting dat wanneer meer wordt samengewerkt, het gemiddelde verwijscijfer daalt. We mogen echter alleen de conclusie trekken dat gezondheidscentra gemiddeld minder verwijzen dan andere artsen (met name solo-artsen).

3.3.1. Verschillen in opnamecijfers, verpleegduurcijfers en ligduur tussen samenwerkingsvormen

Dezelfde opstelling voerden we ook uit voor het aantal opnamen per 1000 patiënten, de verpleegduur per 1000 patiënten en het aantal verpleegdagen per opname. Daarbij is de variabele 'percentage patiënten jonger dan vijf jaar' opgenomen en het aantal bedden per 1000 inwoners in plaats van het aantal specialisten. Bij het opnamecijfer kan geen invloed van de variabele 'samenwerkingsvorm' geconstateerd worden. Het verwijscijfer verklaart de meeste variantie, gevolgd door percentage kinderen onder vijf jaar, het beddenaanbod, de afstand en de urbanisatiegraad. Ook wanneer het verwijscijfer wordt weggelaten heeft de samenwerkingsvorm geen significante invloed op het opnamecijfer.

Bij de verpleegduurcijfers vinden we wel een significante invloed van de samenwerkingsvorm. Het aanvankelijk grote verschil vermindert echter wel aanzienlijk door de uitgevoerde correcties. Het opnamecijfer verklaart tenminste de helft van de variantie. De gemiddelde leeftijd en het beddenaanbod hebben daarnaast nog een aanzienlijke invloed op de hoogte van het verpleegduurcijfer. We zien hier dat de variabele samenwerkingsvorm als geheel wel een significante bijdrage levert aan de variantie van het verpleegduurcijfer, terwijl de dummy's afzonderlijk in de structuurvergelijking geen significante bijdrage leveren.

Doordat gezondheidscentra en groepspraktijken een gelijk aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden minder dan gemiddeld hebben (44.5), kan het construct als geheel inderdaad meer invloed hebben dan de samenwerkingsvormen afzonderlijk. Het verschil tussen gezondheidscentra en groepspraktijken enerzijds en solopraktijken anderzijds is overigens maar 2,5 procent. Het verschil wordt groter als het opnamecijfer uit de lijst van onafhankelijke variabelen wordt weggelaten. De invloed die de samenwerkingsvorm op het verpleegduurcijfer heeft via het opnamecijfer komt nu bij de rechtstreekse invloed.

Het verschil van 159 verpleegdagen tussen gezondheidscentra en solopraktijken wordt dus gedeeltelijk via minder opnamen (hoewel de invloed bij opnamen niet significant is) en gedeeltelijk via een kor-

tere ligduur veroorzaakt. Groepspraktijken hebben gemiddeld 88 verpleegdagen minder. Het verschil tussen duopraktijken (en solo + assistenten) en solopraktijken is 'slechts' 27 dagen.

In een structuurvergelijking waarbij het opnamecijfer is weggelaten, wordt voor de dummy gezondheidscentrum ook een significante regressiecoëfficiënt gevonden.

Het aantal verpleegdagen per opname (ligduur) wordt eveneens door de samenwerkingsvorm beïnvloed, terwijl we bij de structuurvergelijking voor de dummy's geen significante regressiecoëfficiënt vonden. Het zijn ook hier het gezondheidscentrum en de groepspraktijk die lagere ligduren hebben. De gemiddelde leeftijd is de belangrijkste verklarende factor, gevolgd door de urbanisatiegraad, regio en gemiddelde leeftijd.

Patiënten uit gezondheidscentra liggen 3,5% korter in ziekenhuizen dan patiënten van solo-artsen.

3.4. Verschil tussen gezondheidscentra respectievelijk groepspraktijken en overige praktijken getest door middel van gepaarde waarnemingen

Zoals in hoofdstuk 2 al aangekondigd is, zijn voor ieder gezondheidscentrum en groepspraktijk een aantal solo- en duopraktijken geselecteerd op basis van enkele belangrijke kenmerken van de praktijken. Van de zo gevormde controlegroep zijn steeds de gemiddelden van de productiecijfers berekend. Daarmee zijn de cijfers van deze controlegroepen direct vergelijkbaar geworden met de cijfers van de centra en groepspraktijken, die immers ook uit gemiddelden bestaan. Eventuele bezwaren die aan aggregatie van één groep kleven zijn daarmee ondervangen. Doordat de selectie van de controlepraktijken door een computer gebeurde en bij het samenstellen van de controlegroepen de productiecijfers (nog) niet bekend waren, kunnen we hier van een volstrekt objectieve procedure spreken. De analyse beperkt zich niet tot 1978. Ook van het jaar 1977 zijn voor deze groepen artsen de verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers berekend, terwijl voor de jaren 1979 en 1980 de verwijscijfers in de analyse zijn betrokken. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de analyse in principe is uitgevoerd met dezelfde gezondheidscentra en groepspraktijken en hun controlegroepen die in 1978 zijn geselecteerd. Nieuw gevormde centra en groepspraktijken doen daarom niet mee. Wijzigingen die zich in de onderzochte perioden in de praktijken hebben voorgedaan (associaties, overnamen) zijn verwerkt. Dit had onder meer tot ge-

volg dat in 1980 een tweetal groepspraktijken uit de analyse verdwenen is.

Na het berekenen van de verschillen in de productiecijfers tussen respectievelijk gezondheidscentra en groepspraktijken en hun controles, zijn aan de absolute waarden van de verschillen rangnummers toegekend. De rangnummers van de positieve, respectievelijk negatieve verschillen zijn opgeteld. Van de zo gevonden getallen is het kleinste getal de T-waarde. Omdat het gemiddelde en de standaarddeviatie van T bekend zijn, kan de nul-hypothese getoetst worden dat beide groepen niet van elkaar verschillen. Deze toetsingsprocedure staat bekend onder de naam 'Wilcoxon Matched-pairs signed-ranks Test' (Blalock, 1960). Deze test houdt behalve met het teken ook rekening met de hoogte van de verschillen tussen de te vergelijken paren. De resultaten van deze test zijn in tabel 3.9 samengevat.

Het verschil in verwijscijfers tussen gezondheidscentra en de controlegroepen is voor alle onderzochte jaren statistisch significant. De kans dat het gevonden verband op toeval berust wordt in de loop van de jaren steeds kleiner.

Het verschil in verwijscijfers tussen groepspraktijken en solo- en duopraktijken berust statistisch gezien op toeval.

Voor de opname- en verpleegduurcijfers constateren we zowel voor gezondheidscentra en groepspraktijken geen significant verschil met de controlegroepen (alleen 1977 en 1978).

Uit deze resultaten blijkt dat de resultaten die met behulp van regressie-analyse zijn bereikt niet doorkruist worden door een 'ongemeten' variabele.

Tabel 3.9.: resultaten van de Wilcoxon Matched-pairs signed ranks-test voor gezondheidscentra, groepspraktijken en hun controlegroepen

| gezondheidscentra versus controlegroepen | | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
|---|--|-------------|------|------|------|
| verwijscijfers: aantal matches | | 66 | 68 | 67 | 66 |
| T-waarden | | 632 | 677 | 578 | 482 |
| p-waarden | | .002 | .002 | .001 | .001 |
| <hr/> | | | | | |
| opnamecijfers : aantal matches | | 66 | 66 | | |
| T-waarden | | <u>1068</u> | 874 | | |
| p-waarden | | .81 | .14 | | |
| <hr/> | | | | | |
| verpleegduur- cijfers: aantal matches | | 65 | 68 | | |
| T-waarden | | 854 | 860 | | |
| p-waarden | | .15 | .06 | | |
| <hr/> | | | | | |
| groepspraktijken versus controlegroepen | | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
| verwijscijfers: aantal matches | | 63 | 61 | 60 | 61 |
| T-waarden | | 800 | 791 | 737 | 720 |
| p-waarden | | .16 | .27 | .19 | .11 |
| <hr/> | | | | | |
| opnamecijfers : aantal matches | | 63 | 59 | | |
| T-waarden | | 775 | 779 | | |
| p-waarden | | .11 | .42 | | |
| <hr/> | | | | | |
| verpleegduur- cijfers: aantal matches | | 63 | 63 | | |
| T-waarden | | 767 | 779 | | |
| p-waarden | | .10 | .12 | | |

Het aantal paren is soms lager, ten eerste omdat er geen verschil tussen matches aanwezig was en ten tweede omdat er geen (betrouwbare) gegevens aanwezig waren.

Alle verschillen waren in de verwachte richting; d.w.z. gezondheidscentra en groepspraktijken lager dan de controlegroep met uitzondering van de opnamecijfers van gezondheidscentra in 1977 (onderstreept).

4. SAMENVATTING DEEL I

Dit deel behandelt de vraag of het werken in formele samenwerkingsverbanden in de eerstelijns samengaat met lagere verwijscijfers naar specialisten en lagere opname- en verpleegduurcijfers.

Het werken binnen een samenwerkingsverband is slechts een (beperkte) operationalisering van samenwerking. Het betreft alleen de formele samenwerking. Over inhoud en intensiteit van die samenwerking zegt het weinig. Eigenlijk weten we alleen dat huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken meer of minder met elkaar en met andere hulpverleners samenwerken op het vlak van de patiëntenzorg (inhoudelijke samenwerking). Het gezondheidscentrum is daarbij de samenwerkingsvorm die bij uitstek gekenmerkt wordt door multidisciplinaire samenwerking. De andere samenwerkingsverbanden die in het onderzoek zijn betrokken, hebben veeleer een financieel-economische achtergrond dan dat we inhoudelijke samenwerking mogen verwachten. We veronderstelden dan ook dat solopraktijken met assistenten het minst zouden verschillen van gewone solopraktijken, associaties en groepspraktijken meer en gezondheidscentra het meest.

Het analysemateriaal bestond voornamelijk uit gegevens van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ), die op praktijkniveau werden geanalyseerd. Gegevens over de verschillende vormen van samenwerking werden betrokken van het huisartsenregistratiesysteem van het NIVEL.

De samenwerkingsvorm is overigens niet de enige variabele die het verwijscijfer beïnvloedt. Van een aantal variabelen (afstand tot ziekenhuis, leeftijd van de patiënten, urbanisatiegraad en regio bijv.) is de invloed door een aantal auteurs (meestal op geaggregeerd niveau) geanalyseerd. We onderzochten of de samenwerkingsvorm op zichzelf invloed heeft op het verwijscijfer, terwijl voor alle andere variabelen gecontroleerd is.

De invloed van de 'versturende' factoren uitschakelen is in dit onderzoek op twee verschillende manieren uitgevoerd. Eén methode maakt gebruik van statistische technieken, te weten variantie-analyse en multiple regressie-analyse. Deze methode maakt het ook mogelijk de resultaten te vergelijken met eerder verricht onderzoek. Voor deze methode is alleen gebruik gemaakt van gegevens over 1978.

Bij de andere methode wordt de invloed van de verschillende variabelen uitgeschakeld door voor elk gezondheidscentrum een groep artsen

(de controlegroep) te selecteren die voor de verschillende variabelen dezelfde waarde hebben (bijvoorbeeld afstand tot ziekenhuis = 0). Als men zo 'paren' heeft samengesteld, kan men met een vrij eenvoudige test vaststellen of de gezondheidscentra of groepspraktijken significant afwijken van de controlegroep. Produktiegegevens van 1977 t/m 1980 werden zo geanalyseerd.

Resultaten

De methode van gepaarde waarnemingen levert voor de **gezondheidscentra** voor alle jaren statistisch significant lagere verwijscijfers op. Voor de opname- en verpleegduurcijfers kon dat verschil niet vastgesteld worden (alleen gegevens over 1977, 1978). De **groepspraktijken** vertonen geen enkel significant verschil met de controlegroep.

Dezelfde resultaten worden bij de regressievergelijkingen gevonden. Gezondheidscentra en in mindere mate associaties vertonen een duidelijk lager verwijscijfer dan solo-artsen als voor alle belangrijke variabelen is gecontroleerd. De structuurvergelijkingen voor opname- en verpleegduurcijfers leveren geen significante invloed van één van de samenwerkingsvormen op. Wel kan vermeld worden dat indien het opnamecijfer uit de vergelijking van het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten wordt weggelaten, het gezondheidscentrum minder verpleegdagen heeft. Overigens blijkt bij de uitgevoerde variantie-analyse dat de samenwerkingsvorm **als geheel** wel een significante invloed op de ligduur en het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden heeft.

De significante resultaten van de variantie-analyse zijn hierna in het kort weergegeven.

In de regressie-analyse blijkt, dat bij een grotere afstand tot het ziekenhuis het **verwijscijfer** duidelijk afneemt. Een hogere gemiddelde leeftijd en grotere specialistendichtheid verhogen het verwijscijfer. In het zuiden wordt aanzienlijk meer verwezen en in het oosten en midden iets minder dan in het westen van het land. In de middelgrote stad wordt het meest verwezen, daarna in de grote steden en het minst op het platteland. Drie andere variabelen blijken nog een verlagende invloed op het verwijscijfer te hebben. Dat zijn het inkomensniveau in de gemeente, het percentage mannen en het aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk. Het vestigingsjaar tenslotte heeft geen invloed op het verwijscijfer.

De belangrijkste beïnvloedende variabelen van het **opnamecijfer** zijn het verwijscijfer, het percentage jonger dan 5 jaar, het beddenaan-

Tabel 4.1.: gemiddelde verwijs-, ligduur- en verpleegduurcijfers per samenwerkingsvorm (1978)

| | solo- arts | solo + assistent | asso- ciaties | groeps- praktijken | gezondh.- centrum |
|--|---------------|---------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| verwijscijfers | | | | | |
| - zonder correctie | 470 | 440 | 446 | 455 | 426 |
| - na correctie | 467 | 462 | 457 | 454 | 425 |
| verpleegdagen per opname (ligduur) | | | | | |
| - zonder correcties | 16.9 | 16.3 | 16.0 | 15.7 | 15.2 |
| - na correcties | 16.7 | 16.5 | 16.6 | 16.4 | 16.1 |
| verpleegdagen per 1000 zf-patiënten | | | | | |
| - zonder correctie | 1956 | 8137 | 1824 | 1783 | 1728 |
| - na correctie | 1929 | 1920 | 1921 | 1881 | 1881 |
| - correctie met weglating opn. cijfers | 1938 | 1907 | 1908 | 1847 | 1776 |

bod, de afstand tot het ziekenhuis en de regio. Op het aantal opnamen per verwijskaart heeft eigenlijk alleen het percentage jonger dan vijf jaar een merkbare invloed.

Het aantal **verpleegdagen** per 1000 patiënten wordt zeer sterk bepaald door het opnamecijfer, terwijl de gemiddelde leeftijd, het beddenaanbod en de urbanisatiegraad ook aan de variantie bijdragen.

De **ligduur** wordt in belangrijke mate bepaald door de gemiddelde leeftijd in de ziekenfondspraktijk.

De analyse van de verwijscijfers voor een aantal specialismen leverde nog enige interessante resultaten op. Het bleek dat de verschillende samenwerkingsvormen vooral bij interne geneeskunde lagere verwijscijfers vertonen. Gezondheidscentra vertonen significant lagere verwijscijfers bij interne geneeskunde, psychiatrie (inclusief zenuw- en zielsziekten) en gynaecologie. Ook associaties hebben lagere verwijscijfers voor gynaecologie.

Het zijn vooral de beschouwende specialismen waar het verschil tussen de samenwerkingsvorm en solo-artsen tot uitdrukking komt. Mogelijk is men door samenwerking in staat verwijzingen 'ter diagnose'

te beperken. Tegen onze verwachting in blijkt het verwijscijfer voor orthopedie niet significant door één van de samenwerkingsvormen beïnvloed te worden. Dit ondanks de samenwerking met fysiotherapeuten in veel centra. Het verwijscijfer voor orthopedie blijkt overigens in het zuiden aanzienlijk hoger te zijn dan in de rest van het land. Ook het aantal orthopeden heeft een sterk verhogende invloed op het verwijscijfer.

NOTEN DEEL I

1. In de inleiding is reeds aangegeven dat deze variabele voor het beleid van groot belang is. In voorgaande publikaties is deze variabele gemeten op het niveau van het ziekenfondsgebied, of de gemeente. (Het aantal huisartsen per 1000 inwoners.) Het betreft dan schattingen van de praktijkgrootte. In dit onderzoek gebruiken we geen schatting, maar het werkelijke aantal ziekenfondspatiënten in een praktijk.
2. Zie voor een discussie over voor en nadelen van de verschillende aggragatieniveaus Posthuma en Van der Zee (1978^a) en Van Praag en Van de Ven (1978).
3. Deze bestanden werden door ons onder een aantal strikte voorwaarden ter beschikking gesteld. De belangrijkste daarvan betreft waarborgen met betrekking tot de privacy-aspecten van de gegevens.
4. Voor de methodologische overwegingen verwijzen we naar Peschar (1976) en Dessens en Jansen (1982). De bezwaren die aan matches kleven bij pretest-posttest experimentele onderzoeksdesigns, gelden uiteraard niet voor een onderzoek als het onderhavige, waarbij transversale analyse wordt uitgevoerd.
5. Ook werd de sociaal-economische status van de gemeente (of de wijk) bij de uiteindelijke selectie betrokken. We maakten daarbij gebruik van een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (1980), waarin op basis van de algemene volkstelling 1971 een factorscore per wijk was berekend. Ook al omdat we niet van iedere praktijk over de wijkcode beschikten, werd dit criterium gebruikt om extreme verschillen uit te sluiten (verschil in de factorscore ≥ 2.0). Wanneer uit voldoende mogelijke matches gekozen kon worden, werd een verschil van 1.0 als selectie criterium gebruikt.
6. Uiteraard veranderde er in deze jaren wel het een en ander bij de verschillende praktijken. Nieuwe associaties werden gevormd, praktijken gingen over in andere handen, etc. Omdat er in de praktijken niets veranderde bij de criteria waarop gematched werd (met uitzondering van de matchvariabele 'vestigingsjaar'), kon deze analyse met een gering verlies aan praktijken worden uitgevoerd.
7. Het verschil tussen de coëfficiënten van twee dummy-variabelen x_i en $x_j = z$; $\text{var}(z) = \text{var}(x_i) + \text{var}(x_j) - 2 \text{cov}(x_i, x_j)$.

De te toetsen grootte T is dan: $\frac{z}{\sqrt{\text{var}(z)}}$

8. Een lager percentage mannen kan optreden doordat de mannen particulier verzekerd zijn en hun werkende vrouwen in het ziekenfonds zitten, of in oudere praktijken door de eerdere sterfte bij mannen (correlatiecoëfficiënt tussen percentage mannen en de gemiddelde leeftijd is $-.38$).
9. Deze cijfers zijn in principe identiek aan de gegevens in tabel 3.1, maar vertonen verschillen omdat in deze analyse alle gevallen die bij één van de variabelen een onbekende waarde hebben zijn weggelaten.

DEEL II

IS ER SPRAKE VAN PATIËNTENSELECTIE?

Een onderzoek naar patiëntenpopulatie in drie praktijkvormen

1. PATIËNTENPOPULATIES VAN DRIE PRAKTIJKVORMEN

1.1. Inleiding

In dit deel komt de vraag aan de orde in hoeverre verschillen in kenmerken van gezondheidscentra ten opzichte van andere praktijkvormen een (gedeeltelijke) verklaring zouden kunnen zijn voor de gevonden verschillen in verwijscijfers.

In deel I hebben we gezien dat twee belangrijke kenmerken van de patiëntenpopulatie, namelijk de leeftijds- en geslachtsverdeling, de lagere verwijscijfers niet konden verklaren.

Weliswaar was de ziekenfondspopulatie in gezondheidscentra gemiddeld genomen drie en een half jaar jonger dan de populatie in andere praktijken, maar daar stond tegenover dat de centra vooral gevestigd zijn in stedelijke gebieden met een groot aanbod aan tweedelijns voorzieningen, zodat bij correctie voor deze variabelen het nettoverschil vrijwel gelijk is aan het verschil voor de correctie.

Voor het onderzoek in dit deel maken we gebruik van de resultaten van onderzoek naar medische consumptie dat in Nederland is uitgevoerd door Van Vliet en Van de Ven (1982) en Van der Zee (1982).

Uit dat onderzoek blijkt dat variabelen die de 'gezondheidstoestand' meten de belangrijkste factor zijn in de verklaring van medische consumptie.

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

Mocht dus de (ziekenfonds)populatie van gezondheidscentra gemiddeld nog 'gezonder' zijn dan op grond van de lagere leeftijd mag worden verwacht, dan zou dat de lagere verwijscijfers (althans gedeeltelijk) verklaren.

De vraagstellingen van dit deel luiden:

- Zijn er naast leeftijd en geslacht, verschillen aan te wijzen in de samenstelling van de (ziekenfonds)praktijk van artsen in gezondheidscentra, duo- of groepspraktijken en solopraktijken?
- In hoeverre kunnen die eventueel aanwezige verschillen naast de eerder onderzochte structurele variabelen het geconstateerde 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. 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 patiëntenselectie. 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 geënkquêteerd 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 deel 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. Gebruikte variabelen uit 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, 1982; 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 behoeve 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 via het aantal werkuren op het aantal huisartscontacten, en geen significante in-

vloed van opleiding en gezinsinkomen.

Mootz (1984) vond geen significante relatie met opleidingsniveau. De variabele 'Sociaal-Economische Status (SES)', gebruikt door Van der Zee (1982), 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, 1982). 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, 1982). 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 regressiecoëfficiënt. Deze variabelen zijn in deel I van dit proefschrift uitgebreid aan de orde geweest, evenals de verschillen voor de diverse praktijkvormen, zodat we hier kunnen volstaan met te verwijzen naar dat deel.

Voor een inventarisatie van populatieverschillen behandelen we dus de volgende variabelen:

- ervaren gezondheidstoestand;
- mate van chroniciteit;
- aantal dagen in bed;
- leeftijd en geslacht;
- inkomens- en opleidingsniveau;
- gezinsgrootte en gezinssamenstelling;
- burgerlijke staat.

Voor de verklaring van medische consumptie:

- afstand tot ziekenhuis;
- aantal specialisten per 1000 inwoners;
- vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

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 huisartsen in drie verschillende 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 werker;
- 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 ouderen 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 deel I berekenden.

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.

De categorie 'overig' komt bij gezondheidscentra het meest frequent

voor, dat zijn voornamelijk één-oudergezinnen.

Het **inkomensniveau** in het huishouden van de ziekenfondsverzekerden (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 solopraktijken.

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 (zie volgende pagina) 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 SES.

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 lagere leeftijd maken de patiënten van gezondheidscentra vaker deel uit van een gezin waar het opleidingsniveau en daarmee ook het inkomen hoger is dan van de ziekenfondspatiënten 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).

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 3.1.: verdelingen van belangrijke persoons- en gezinskenmerken per praktijkvorm. Alleen ziekenfondsverzekerden

| patiënten met huisarts in: | gezondheidscentrum N = 654 | associaties en groepspraktijken N = 3350 | solo-praktijken N = 9661 | |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------|----------|
| geslacht | | | | |
| mannen | 48.5 | 49.0 | 48.0 | 1.08 |
| vrouwen | 51.5 | 51.0 | 52.0 | (n.s) |
| leeftijd | | | | |
| 0-14 jaar | 21.4 | 22.7 | 21.3 | 25.80 |
| 15-44 jaar | 51.1 | 49.2 | 46.3 | (n.s.) |
| 45 en ouder | 27.5 | 28.1 | 32.4 | |
| burgerlijke staat | | | | |
| gehuwd | 47.4 | 49.8 | 49.8 | 6.10 |
| gescheid./weduwe | 7.5 | 6.8 | 7.9 | (n.s.) |
| altijd al ongeh. | 45.1 | 43.4 | 42.4 | |
| type huishouden | | | | |
| echtp.+kinderen | 63.9 | 67.6 | 63.1 | 34.17 |
| echtp. alleen | 15.4 | 16.1 | 18.3 | (p<.001) |
| 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 | 50.64 |
| f 22.000-f 31.000 | 21.1 | 30.1 | 28.3 | (p<.001) |
| meer dan f 31.000 | 24.8 | 17.0 | 16.0 | |
| onbekend/weigert | 33.2 | 29.9 | 31.7 | |
| hoogste opleiding behaald in gezin | | | | |
| lager onderwijs | 13.1 | 13.2 | 16.8 | 64.63 |
| LAVO-MAVO | 34.1 | 38.1 | 37.8 | (p<.001) |
| HAVO-MBO | 41.3 | 36.6 | 36.9 | |
| HBO-universiteit | 11.5 | 12.1 | 8.5 | |

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

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

| | gezondheids centrum | geassoc. artsen | solo- artsen | χ^2 |
|---|------------------------|--------------------|-----------------|----------|
| ervaren gezondheid | | | | |
| - goed | 80.6 | 78.9 | 78.2 | 2.53 |
| - gaat wel tot slecht | 19.4 | 21.1 | 21.8 | (n.s.) |
| mate van chroniciteit | | | | |
| - geen chron. aandoening | 74.8 | 75.7 | 75.1 | 2.42 |
| - lichte chron. aandoening | 16.1 | 14.2 | 14.5 | (n.s.) |
| - ernstige of meerdere lichtere aandoeningen | 9.2 | 10.0 | 10.4 | |
| | N = 654 | 335 | 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.

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 blijkt 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 het initiatief van de patiënt. Ook de huisarts kan een belangrijke rol spelen in de contactfrequentie; hij/zij kan patiënten immers terugbellen.

De directe invloed van de huisarts is te vinden in tabel 3.4 waar de initiatiefnemer van het contact is weergegeven. Deze tabel is ook interessant omdat het terugbellen wordt gezien als substitutie

Tabel 3.3.: aantal huisartscontacten van ziekenfonds per praktijkvorm, in de drie maanden voorafgaand aan het interview (procenten)

| | gezondheids- centrum | geassoc. artsen | solo- artsen |
|------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| geen contact | 56.6 | 58.4 | 59.4 |
| één contact | 27.1 | 25.3 | 25.8 |
| twee of meer contacten | 16.4 | 16.3 | 14.8 |
| N = | 654 | 3339 | 9638 |

Gegevens: Gezondheidsenquête CBS (1981-1982).

$\chi^2 = 6.39$ (niet significant).

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

| | gezondheids- 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).

χ^2 (op aantallen) = 11.55 ($p < .05$).

voor een verwijzing (Van Vliet en Van de Ven, 1982; Van der Zee, 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 artsen³. 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.: verwijzingen en gebruik diagnostische voorzieningen van ziekenfondspatiënten 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 |
| fysiotherapie | 7 | 2.5 | 47 | 3.4 | 90 | 2.3 |
| wijkverpleging | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 | 1 | 0.0 |
| maatschap. 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).

χ^2 is niet significant.

* 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.

De gegevens in tabel 3.5 wijzen enigszins op een hoger gebruik van diagnostiek door artsen in gezondheidcentra. Voorzichtigheid is echter geboden, omdat het hier slechts om kleine aantallen gaat. Dat geldt ook voor de verwijzingen naar specialisten. Het lagere aantal verwijzingen bij patiënten van gezondheidcentra 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 gezondheidcentra, associaties en solo-artsen resp. 226, 236 en 257. Geen grote verschillen, maar we moeten bedenken,

dat de verwijzingen zoals gerapporteerd in de CBS-enquête voornamelijk zogenaamde actieve verwijzingen betreffen.

Ter relativering van het geringe aantal 'verwijzingen' naar wijkverpleging en maatschappelijk werk willen we opmerken dat deze hulpverleners rechtstreeks door patiënten kunnen worden benaderd en dus niet verwezen behoeven te worden.

Tabel 3.6.: resultaten van de stapsgewijs uitgevoerde regressie-analyse van het aantal huisartscontacten en de verwijzing naar medische specialisten

| onafhankelijke variabelen | huisartscontact | | verwijzing naar specialist | |
|----------------------------|--------------------|------|----------------------------|------|
| | B | T | B | T |
| minder gezond | .43 | 24.7 | .035 | 6.8 |
| chronische aandoening | .13 | 12.2 | 0 | 0 |
| vrouwen 15 tot 45 jaar (D) | .19 | 13.0 | 0 | 0 |
| leeftijd | 0 | 0 | -.0002 | 2.5 |
| ongehuwd (D) | -.06 | 4.4 | 0 | 0 |
| gescheiden of weduwe (D) | .09 | 3.8 | 0 | 0 |
| grootte van huishouden | -.03 | 7.2 | 0 | 0 |
| opleiding | 0 | 0 | 0 | 0 |
| associatie (D) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| gezondheidscentrum (D) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| afstand tot ziekenhuis | - | - | 0 | 0 |
| specialistendichtheid | - | - | 0 | 0 |
| huisartscontact (D) | - | - | .097 | 35.9 |
| constante | .08 | 2.8 | -.029 | 4.9 |
| N = 13.778 | $\bar{R}^2 = .135$ | | $\bar{R}^2 = .107$ | |

0 = niet significant;

- = niet in de vergelijking opgenomen;

(D) = Dummy-variabele

3.2. Invloed van consumptiebeïnvloedende 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. Zoals we hiervoor al besproken hebben, zijn in de analyses alle ziekenfondspatiënten betrokken. Duidelijk blijkt uit de regressievergelijking van het aantal huisartscontacten dat de variabelen die de consumptienoodzaak -eten, een belangrijke rol spelen. De burgerlijke staat en de grootte van het huishouden verklaren daarnaast nog een deel van de variantie.

De regressiecoëfficiënten van de dummy-variabelen 'geassocieerde huisarts' en 'gezondheidscentrum' blijken niet significant te zijn. De regressievergelijking van het verwijsgedeelte levert weinig significante resultaten op. Naast het aantal huisartscontacten vertoont alleen de subjectieve gezondheidstoestand een significante regressiecoëfficiënt. 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.

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 regressievergelijking een significante regressiecoëfficiënt 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 voor het aantal huisartscontacten, de subjectieve gezondheidstoestand en de leeftijd van de respondent (tabel 3.7).

Wanneer we in het oog houden dat de verschillen in aantal verwijzingen 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 verwijsgedeelte iets verlaagd.

Tabel 3.7.: ruwe en gecorrigeerde gemiddelden van het aantal huisartscontacten en het verwijsgegeven per praktijkvorm

| | huisartscontacten | | verwezen naar specialist | |
|--------------------|-------------------|---------|--------------------------|---------|
| | 0 = geen | 1 = één | 0 = niet | 1 = wel |
| | 2 = twee of meer | | | |
| | ruw | gecorr. | ruw | gecorr. |
| solopraktijk | .55 | .55 | .06 | .06 |
| associatie en | | | | |
| groepspraktijk | .58 | .58 | .06 | .05 |
| gezondheidscentrum | .60 | .61 | .06 | .05 |
| F-waarde | 3.6 (p=0.25) | | 1.8 (n.s.) | |

4. DISCUSSIE

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

Mag uit dit deelonderzoek nu de conclusie getrokken worden dat patiëntenselectie is opgetreden? Wij menen van niet, maar willen daar wel een kanttekening bij plaatsen. Die terughoudendheid heeft te maken met het gegeven dat we hier een transversale analyse hebben gemaakt van patiëntenpopulaties. Selectie van patiënten verondersteld echter een proces. Vooral wanneer het om een moeilijk grijpbaar proces als 'zelfselectie' gaat is dat uiteraard moeilijk meetbaar. Elders⁴ hebben we gepubliceerd over een onderzoek naar verschillen in verwijscijfers tussen gezondheidscentra met een monopoliepositie (waar dus geen zelfselectie op kan treden) en centra in een concurrentiepositie (mogelijk wel zelfselectie). We vonden geen signifi-

cant verschil, maar kregen wel de indruk dat de centra in een concurrentiepositie het 'beter deden' dan de centra met een monopolie. Deze laatste centra zijn echter ook in andere opzichten afwijkend.

Onderzoekers van de Rijks Universiteit Limburg hebben het probleem van zelfselectie nog op een andere manier aangepakt.

Uit het totale respondentenbestand van de CBS-gezondheidsenquête 1981 en 1982 werden personen geselecteerd woonachtig in gemeenten waar zowel huisartsen in gezondheidscentra, als huisartsen met een andere praktijkvorm zijn gevestigd. Geurts, Van Doorslaer en Rutten (1985) constateren dan dat de ook door ons geconstateerde verschillen in persoonskenmerken groter worden. Ook zij vinden echter geen significant verschil bij gezondheidstoestand en aantal chronische aandoeningen.

Uit de grotere verschillen in persoonskenmerken trekken Geurts c.s. de conclusie dat gezondheidscentra een specifieke groep patiënten aantrekken⁵.

Gezien onze voorgaande opmerkingen zal het de lezer niet verbazen, dat wij vinden dat het materiaal alleen de constatering toelaat dat de patiëntenpopulatie anders is samengesteld.

Op basis van een multivariatie-analyse van gegevens over medische consumptie en verwijskans na een huisartscontact, constateren Geurts e.a. dat er geen verschil is tussen patiënten van de verschillende praktijkvorm en voor wat betreft de medische consumptie en verwijskans, alleen wordt een verschil geconstateerd bij de kans op een diagnostische verwijzing (patiënten van gezondheidscentra worden meer naar diagnostische centra gestuurd).

Geconcludeerd wordt dan dat de huisarts in een gezondheidscentrum geen andere verwijsgedrag heeft dan een solo-arts.

Het moet sterk betwijfeld worden of de onderzoekers deze conclusie wel op basis van de gezondheidsenquête mogen trekken. Een belangrijk punt van kritiek vormt het samennemen van ziekenfondsverzekerden en particulieren. De onderzoekers constateren zelf, dat de particuliere patiënten in gezondheidscentra vaker worden verwezen dan van andere artsen, terwijl dat bij ziekenfondspatiënten juist andersom ligt. Verder wordt nog geconstateerd dat gegeven een huisartscontact patiënten met hogere huishoudinkomens een grotere kans op verwijzing hebben.

Allemaal aanwijzingen dat ziekenfondspatiënten van gezondheidscentra minder verwezen worden. Ook in de multivariate analyse is ondanks het samennemen van ziekenfondspatiënten- en particuliere patiënten de richting van de samenhang tussen praktijkvorm en verwijskans in de richting van minder verwijzen bij patiënten van gezondheidscentra.

Hoe precies verklaard moet worden dat het significante verschil in verwijscijfers op het geaggregeerd niveau van de praktijk, niet lijkt op te treden op het niveau van de patiënt, is een vraag die hier onbeantwoord moet blijven.

NOTEN DEEL II

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, 1983.
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: Wijkel, D. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken; in de symposiumbundel "De eerste lijn onderzocht"; artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Boerma en Hingstman (red.), 1985. Deventer, Van Loghum Slaterus).
3. 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 gezondheidscentra 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.
4. Zie 'Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken; D. Wijkel. In: De Eerste Lijn Onderzocht; artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Boerma en Hingstman (red), 1985. Deventer - Van Loghum Slaterus.
5. De onderzoekers van de capaciteitsgroep 'Economie van de Gezondheidszorg' van de Rijksuniversiteit Limburg bleken tijdens de loop van ons onderzoek ook analyses uit te voeren op het mate-

riaal van het CBS. Hun vraagstelling was echter duidelijk anders. De belangrijkste vraagstelling van dat onderzoeksteam was in hoeverre er verschil in verwijsgedrag valt te constateren tussen artsen in verschillende praktijksituaties, wanneer de patiënt tenminste één bezoek aan de huisarts heeft gebracht (Geurts, Van Doorslaer en Rutten, 1985).

Aangezien zij in een multiple regressie-analyse van het verwijsgedragen geen significante regressiecoëfficiënt vinden voor de dummy-variabele 'ingeschreven bij een gezondheidscentrum', concluderen de onderzoekers dat de huisartsen in gezondheidscentra wat hun verwijsgedrag betreft **niet** afwijken van solo-artsen en monodisciplinair samenwerkende artsen. Deze conclusie is duidelijk in tegenspraak met onze conclusies op basis van ziekenfondsmateriaal (deel I). We zullen hieronder aangeven op welke punten het werk van Van Doorslaer en Geurts verschilt van onze analyses. De analyse van het verwijzen van Geurts c.s. beperkt zich tot een selectie uit de populatie. Alleen respondenten die een bezoek aan de huisarts hebben gebracht, worden geselecteerd. Deze selectie is zeer goed te verdedigen, omdat iemand in principe alleen 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 'hulpzoek-gedrag' 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.

Tot slot willen we nog melding maken van twee punten van kritiek op het werk van Geurts c.s. In de eerste plaats worden ziekenfonds-patiënten en particuliere patiënten in één analyse opgenomen, 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 verwijsgedragen 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 zie-

kenhuis', 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.

DEEL III

IS ER SPRAKE VAN ARTSENSELECTIE

Een onderzoek naar gewenste praktijkvorm en verwijscijfers in de gerealiseerde praktijk

1. INLEIDING

In dit deel komt de vraag aan de orde, of de huisartsen die in een gezondheidscentrum willen werken een groep vormen, die zich ook na vestiging als huisarts - in welke praktijkvorm dan ook - onderscheidt van andere artsen voor wat betreft het verwijscijfer.

In het geval deze vraag positief beantwoord wordt, zou de conclusie getrokken kunnen worden dat de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra (gedeeltelijk) te danken zijn aan het handelen van een groep sterk gemotiveerde artsen. De aandacht van beleidsmensen zou dan meer gericht moeten zijn op het motiveren van alle huisartsen dan op het oprichten van gezondheidscentra. Aangezien we in de inleiding van dit proefschrift hebben vastgesteld, dat huisartsen in gezondheidscentra een andere taakopvatting hebben dan solo-artsen mag, in geval de hierbovengenoemde vraag negatief wordt beantwoord, geconcludeerd worden dat die opvattingen gestalte hebben gekregen door het werken in een gezondheidscentrum.

De vraagstelling kan worden onderzocht, omdat het aantal praktijken in gezondheidscentra dat jaarlijks vrijkomt voor nieuwe vestigingen, relatief gering is. Adspirant huisartsen die graag in een gezondheidscentrum willen werken, moeten dus noodgedwongen genoegen nemen met een vestiging in een solopraktijk of een associatie.

2. ONDERZOEKSMATERIAAL

2.1. Enquête adspiranthuisartsen

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

Deze vragen zijn 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 (groepspraktijken vallen ook in deze categorie).
- 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 zijn de respondenten consistent in hun gewenste praktijkvorm. In tabel 2.1 vindt men ter illustratie een vergelijking tussen de voorkeur van de respondenten die zowel in 1981 als 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 vestigingsmogelijkhe-

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

| gewenste praktijkvorm | gewenste praktijkvorm 1982 | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-----|-----------------|-----|---------------------|-----|------------------|-----|--------|----|
| | solo | | asso- ciatie | | 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 |

den in gezondheidscentra is dat een begrijpelijke verschuiving. 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.

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

Tabel 2.2.: gewenste praktijkvorm van adspirant huisartsen, gegevens vóór 1 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 |

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.

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 met het verzoek een machtigingsformulier te tekenen.

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

| gewenste praktijkvorm | gerealiseerde praktijkvorm | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------|------------------------------|-----------|------------------|-----------|-------------|
| | solo | | associatie of groepspraktijk | | gezondh. centrum | | totaal abs. |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | |
| solo | 79 | 78 | 20 | 20 | 2 | 2 | 101 |
| associatie | 68 | 42 | 74 | 46 | 19 | 12 | 161 |
| gez.h.cent. | 29 | 24 | 46 | 37 | 48 | 39 | 123 |
| geen voorkeur | 80 | 70 | 31 | 27 | 3 | 3 | 114 |
| totaal | 256 | 51 | 171 | 34 | 72 | 14 | 499 |

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 verwijsskaarten 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 (zie volgende pagina) 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 |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|
| gegevens LISZ | | |
| n = | 176* | 319 |
| - verwijscijfers | 455 | 441 |
| - praktijkgrootte | 1498 | 1307 |
| - percentage bejaarden | 12.4% | 16.6% |
| ----- | | |
| gegevens enquête | | |
| adspirant huisartsen | | |
| n = | 220 | 319 |
| - afstand tot ziekenhuis | 4.9 km | 5.2 km |
| - specialistenratio | 469 | 477 |

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

3. RESULTATEN

In de vorige paragraaf werden de procedures en de resultaten besproken van de bewerking van de enquête adspirant huisartsen. In deze paragraaf worden gegevens betrokken van 319 huisartsen, die bereid bleken de VNZ te machtigen om aan ons verwijscijfers te verstrekken, alsmede gegevens over de samenstelling van de praktijk. 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 de 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 (zie volgende pagina) vinden we de gemiddelde verwijs-cijfers 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.

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. De gegevens in tabel 3.1 (zie volgende pagina) zijn overigens 'ruwe' cijfers; het hoge verwijscijfer van de combinatie 'gezondheidscen-

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

| gewenste praktijkvorm | gerealiseerde praktijkvorm | gemiddeld verw.cijfer | standaard-deviatie | n |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|-----|
| solo | solo | 466 | 152 | 34 |
| associatie | solo | 443 | 135 | 48 |
| gez. centrum | solo | 492 | 150 | 21 |
| solo | associatie | 430 | 62 | 9 |
| associatie | associatie | 421 | 113 | 41 |
| gez. centrum | associatie | 464 | 119 | 30 |
| solo | gez. centrum | 307 | 0 | 1 |
| associatie | gez. centrum | 390 | 112 | 13 |
| gez. centrum | gez. centrum | 403 | 122 | 30 |
| totaal | | 440 | 130 | 227 |

trum 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 variabelen die een belangrijk deel van de variantie van de verwijscijfers over 1978 verklaren (Deel I, tabel 3.3).

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 zie volgende pagina).

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

significante resultaten op, de verschillen kunnen dus op toeval berusten.

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

| gewenste praktijkvorm | gerealiseerde praktijkvorm | verwijscijfer (gecorrigeerd) | standaard-deviatie | N |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------|----|
| solo | solo | 483 | 153 | 34 |
| associatie | solo | 436 | 123 | 48 |
| gez. centrum | solo | 480 | 140 | 21 |

$F = 1.42$ (n.s.)

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 solopraktijk.

Beschouwen we de verschillen in verwijscijfers per specialisme (deze gegevens zijn in bijlage B opgenomen), dan valt op dat de solohuis-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.

4. DISCUSSIE

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 IV

INHOUDELIJKE VERKLARINGEN VOOR LAGERE VERWIJSCIJFERS VAN GEZOND- HEIDSCENTRA

Hoofdstuk 1. Overlegtijd en verwijscijfers

Hoofdstuk 2. Case studie samenwerking

1. OVERLEGTIJD EN VERWIJSCIJFERS

1.1. Inleiding

Dat samenwerken een tijdrovende bezigheid is, wordt algemeen erkend. In de financieringsregeling voor gezondheidscentra wordt er door de ziekenfondsraad vanuit gegaan dat huisartsen die multidisciplinair samenwerken daaraan 15% van hun werktijd besteden (fysiotherapeuten 10%). Omdat in die tijd geen patiënten behandeld kunnen worden en er dus geen inkomsten zijn, financiert de Ziekenfondsraad 15% van de exploitatiekosten van de huisartsendisdiscipline in gezondheidscentra (Peters, 1984).

Gezien deze opstelling van de subsidiegever van gezondheidscentra ligt het vanuit het oogpunt van kosten voor de hand de relatie te onderzoeken tussen de hoeveelheid overlegtijd en de hoogte van het verwijscijfer (kosten tegenover baten).

Naast het overleg dat direct betrekking heeft op de patiëntenzorg wordt in gezondheidscentra ook over organisatorische kwesties vergaderd. Een gezondheidscentrum is immers een bedrijf van soms vijftwintig medewerkers dat 'gemanaged' moet worden. Wanneer we die laatste vormen van overleg buiten beschouwing laten, veronderstellen we dat de patiëntenzorg verbeterd wordt naar evenredigheid van de duur van het inhoudelijke overleg. De kans dat het aantal overbodige verwijzingen en daarmee het verwijscijfer zal afnemen wordt dan groter.

Om deze relatie te kunnen onderzoeken moeten dus naast verwijsgegevens ook gegevens over de hoeveelheid overlegtijd verzameld worden. Wanneer die gegevens niet alleen verzameld worden bij gezondheidscentra en groepspraktijken, maar ook bij huisartsen die als solist of samen met een associé werken, kan de vraag beantwoord worden of de samenwerking als concrete bezigheid, dan wel als organisatievorm een samenhang heeft met lagere verwijscijfers.

De vraag naar de samenhang tussen overlegtijd en verwijscijfers wordt in de komende paragrafen via twee verschillende gegevensbronnen beantwoord. In de eerste plaats gebruiken we gegevens die in 1978 bij gezondheidscentra en groepspraktijken waren verzameld door het NHI in het kader van het registratieproject samenwerkingsverbanden. Via een mondelinge enquête bij alle gezondheidscentra en groepspraktijken werd een inventarisatie gemaakt van alle soorten overleg binnen die samenwerkingsvormen. De resultaten van dat onder-

zoek zijn in rapportvorm verschenen (Van der Zee, 1979).

In de tweede plaats werden gegevens over het overleg van huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken door middel van een a-selecte steekproef van Nederlandse huisartsen verzameld, waarbij zowel naar de actuele situatie (1983) als naar de hoeveelheid overleg in 1978 werd gevraagd. Ten behoeve van een complete vergelijking van de hoeveelheid overleg voor het jaar 1978, werd bij deze enquête tevens een aantal huisartsen benaderd die niet meer in 1983, maar juist wel in 1978 praktiseerden. Voor we echter nader op de dataverzameling ingaan, willen we hier eerst de vraagstellingen en hypothesen, genoemd in de inleiding van dit proefschrift, kort weergeven.

1.2. Vraagstellingen en hypothesen

De eerste twee vraagstellingen luiden:

Welke vormen van gestructureerde samenwerking bestaan er naast de formele samenwerkingsvormen en van welke omvang is die samenwerking

Wat is de inhoud van de samenwerkingssituaties, met welke frequentie vindt het overleg plaats en hoeveel tijd wordt daaraan besteed

Het antwoord op deze vragen levert een inventarisatie op van het vóórkomen van samenwerking in Nederland. Doordat ook gegevens over 1978 gevraagd zijn, kan een (globale) vergelijking tussen huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken aan de ene kant en solo- en geassocieerde artsen aan de andere kant gemaakt worden.

In het tweede deel van dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de volgende vraagstelling:

Bestaat er een statistische relatie tussen de intensiteit en aard van de samenwerking aan de ene kant en verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers aan de andere kant.

Achtereenvolgens zullen we de volgende hypothesen toetsen:

- Praktijksituaties waarin zowel mono-, bi- als multidisciplinair wordt samengewerkt, hebben lagere verwijscijfers dan praktijken met minder vergaande vormen van samenwerking.

- Hoe langdurig of veelvuldiger het patiëntenoverleg of onderlinge consultatie in monodisciplinair verband, des te lager is het totale verwijscijfer en het verwijscijfer voor de beschouwende specialismen.
- Wanneer in bi- of multidisciplinair verband met fysiotherapeuten wordt samengewerkt, is het verwijscijfer voor orthopedie lager dan gemiddeld.
- Wanneer in bi- of multidisciplinair verband met wijkverpleegkundigen wordt samengewerkt, is het aantal verpleegdagen per 1000 patiënten lager dan gemiddeld.

Het toetsen van deze hypothesen zal voor gezondheidscentra en groepspraktijken plaats kunnen vinden voor het jaar 1978. Voor de andere huisartsen voor verwijscijfers over 1982. Bij de toetsing zullen de structurele variabelen (Deel I, tabel 3.3) die een belangrijke bijdrage aan de variantie van het verwijscijfer leveren in de analyse worden betrokken.

1.3. Gegevensverzameling

1.3.1. Gezondheidscentra en groepspraktijken

In 1978 is door het NHI via enquêtes een inventarisatie gemaakt van alle soorten overleg die binnen gezondheidscentra en groepspraktijken worden gevoerd!

De gegevens die in die enquête zijn verzameld, zijn door ons opnieuw bewerkt. We moeten daarbij in het oog houden dat de gegevens niet speciaal voor dit onderzoek zijn verzameld. Soms moesten de gegevens opnieuw geïnterpreteerd worden. Daarbij komt dat de gegevens niet via zorgvuldige en nauwkeurig gedefinieerde registratie zijn verkregen, maar via mondelinge informatie van een contactpersoon. Overigens gaat het om vastgestelde bijeenkomsten die over het algemeen ten minste zo lang duren als ze gepland zijn. Vergaande conclusies mogen echter niet getrokken worden.

We construeerden vier variabelen:

- aantal uren geformaliseerd multidisciplinair overleg per maand²;
- aantal uren geformaliseerd overleg per maand totaal;
- aantal uren bidisciplinair overleg van huisartsen over patiëntenzorg per maand;
- aantal uren monodisciplinair overleg van huisartsen over patiëntenzorg per maand.

Deze gegevens zijn beschikbaar voor alle gezondheidscentra en groepspraktijken die ten tijde van de enquête als zodanig waren ge-

registreerd in het registratiesysteem samenwerkingsverbanden.

1.3.2. Onderzoekspopulatie solo- en duo praktijken

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

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

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

Uiteindelijk kwamen 484 vragenlijsten ingevuld bij ons terug. De respons was dus bijna 65%. Vijfendertig huisartsen stuurden de enquête blanco terug en lieten daarbij, om uiteenlopende redenen, weten niet aan de enquête te willen meewerken. In tabel 1.1 is het aantal verstuurd en terugontvangen enquêtes voor drie groepen huisartsen weergegeven. De eerste groep omvat de aanvullende steekproef voor het jaar 1978. De tweede groep bestaat uit huisartsen die zowel in 1978 als in 1983 een huisartspraktijk uitoefenden. De derde groep wordt gevormd door huisartsen die na 1978 gevestigd zijn en van wie dus alleen gegevens over 1983 bekend zijn.

Een relatief hoog percentage huisartsen in de groep die in 1978 prakticeerde maar niet meer in 1983, liet weten niet aan de enquête te kunnen of willen meewerken. Als motief werd aangevoerd dat men geen praktijk meer uitoefende en de gegevens niet meer kon opzoeken. Artsen die meenden ten onrechte te zijn aangeschreven, werden overigens telefonisch benaderd met het verzoek alsnog een vragenlijst in te willen vullen. Uiteindelijk bleek de respons van de niet meer praktizerende huisartsen toch laag (bijna 50%).

Tabel 1.1.: het aantal verstuurde en terugontvangen enquêtes van drie groepen huisartsen

| | verstuurde enquêtes | geretourneerde enquêtes | |
|--|---------------------|-------------------------|----------------|
| | | abs | % |
| huisarts in 1978 niet in 1983 | 77 | 37 | (48.1%) |
| huisarts praktizeerde in 1978 en 1983 | 492 | 319 | (64.8%) |
| huisarts in 1983 niet in 1978 | 180 | 128 | (71.1%) |
| totaal | 749 | 484 | (64.6%) |

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

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

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

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

1.3.3. Productiecijfers in de tweedelijnszorg

Vanwege de VNZ wordt steeds de eis gesteld dat de huisartsen akkoord gaan met de verstrekking van de op hun betrekking hebbende LISZ-gegevens in het kader van het onderzoek. Derhalve heeft een machtigingsprocedure plaatsgevonden.

Aan het eind van de vragenlijst is een verklaring opgenomen, die de betreffende huisarts diende te ondertekenen om ons te machtigen ge-

gevens van het LISZ met de gegevens uit de vragenlijst in verband te brengen. Deze verklaring werd door 439 respondenten ingevuld, oftewel 91% van alle respondenten.

1.3.4. Representativiteit van de respons

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

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

In de aanbiedingsbrief is geprobeerd op deze problematiek in te spelen.

Zo werd de huisarts gevraagd juist de vragenlijst te retourneren als niet werd samengewerkt.

Voor de huisartsen die in 1978 gevestigd waren, bestond de mogelijkheid enkele gegevens van de respondenten en de niet-respondenten met elkaar te vergelijken. We beschikten immers over het gegevensbestand, dat gebruikt is voor de analyses voor deel I.

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

Tabel 1.2 (zie volgende pagina) laat de gemiddelden van enige belangrijke variabelen zien voor de twee groepen.

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

Ten opzichte van het gemiddelde, laten de niet-respondenten zich het makkelijkst beschrijven. Het zijn voor een belangrijk deel huisart-

Tabel 1.2.: gemiddelden van enige belangrijke structurele variabelen voor respondenten en niet-respondenten (1978)

| | respondenten (n = 484) | niet-respondenten (n = 256) | gemiddelde alle Ned.praktijken (n = 4200) * |
|--|---------------------------|--------------------------------|---|
| afstand in km's tot ziekenhuis | 6.4 | 3.8 | 5.4 |
| aantal specialisten per 1000 inwoners | .38 | .38 | .38 |
| jaar van vestiging | 1965 | 1963 | 1965 |
| regio Zuid | 18.0% | 20.4% | 19.4% |
| platteland | 12.6% | 8.8% | 12.0% |
| verstedelijkt platteland | 23.1% | 14.2% | 20.0% |
| forensengemeente | 12.6% | 10.7% | 13.5% |
| grote stad | 24.6% | 40.5% | 28.5% |
| associaties | 23.0% | 15.0% | 21.4%** |

* Deel I, bijlage A.

** In dit geval gaat het niet om praktijken, maar om artsen.

Bron: NIVEL, Registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

sen uit de grote steden (12% meer dan gemiddeld). De afstand tot het ziekenhuis is daardoor lager dan gemiddeld. Ook het aantal geassocieerde huisartsen is onder de niet-respondenten lager dan gemiddeld. Ze zijn ook iets vaker in de regio Zuid gevestigd.

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

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

De oververtegenwoordiging van associaties (in 1978) geeft ons aanleiding te vermoeden dat samenwerkende artsen inderdaad meer bereid waren aan de samenwerkingsenquête mee te doen. De oververtegenwoordiging kan ook door de verschillen in urbanisatiegraad veroorzaakt zijn (in de grote steden zijn aanzienlijk minder associaties dan op het verstedelijkte platteland).

Welke reden (ofwel de samenwerking, danwel de grootstedelijke mentaliteit) deze oververtegenwoordiging heeft gehad, kunnen we niet vaststellen. Groot is het verschil echter niet; aangezien in 1983 zelfs sprake is van ondervertegenwoordiging van associaties t.o.v. landelijke cijfers behoeven we aan de verschillen geen consequenties te verbinden. Of het verwijscijfer van beide groepen verschilt, kon niet worden nagegaan, omdat van de niet-respondenten immers geen toestemming was verkregen voor het gebruik van het verwijscijfer. Wel beschikbaar was het verwijscijfer van de respondenten, die tevens toestemming gaven voor het gebruik van de productiecijfers. In 1978 was het gemiddelde cijfer voor die respondenten 455 verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden. Het gemiddelde over alle praktijken, met uitzondering van gezondheidscentra en groepspraktijken, was in dat jaar 465.

Dit verschil wordt waarschijnlijk (gedeeltelijk) veroorzaakt door de al geconstateerde oververtegenwoordiging van associaties en de grotere afstand tot het ziekenhuis. Een alternatieve verklaring voor het, overigens niet verontrustende, verschil, kan voortkomen uit de terughoudendheid die veel verwijzende artsen kunnen hebben om aan een onderzoek als het onze deel te nemen. Veel verwijzen wordt door velen (ziekenfondsen bijvoorbeeld) negatief gewaardeerd. Op het terrein van het ziekteverzuim is zo'n mechanisme al eens geconstateerd (Dijkstra, 1981). Het is goed mogelijk dat daarom een aantal grote verwijzers deelname aan ons onderzoek heeft geweigerd. Wanneer het verwijscijfer van onze respondenten wordt gecorrigeerd voor de belangrijkste structurele variabelen is het gemiddelde verwijscijfer van onze respondenten niet in belangrijke mate lager dan het landelijke gemiddelde.

1.4. Gegevens over samenwerking in verschillende praktijksituaties

1.4.1. Inleiding

In deze paragraaf zullen we de eerste twee vraagstellingen behandelen. De derde vraagstelling met de daarbij behorende hypothesen zal in de volgende paragraaf aan de orde komen.

Voor een complete beschrijving van de verschillende vormen van samenwerkingsoverleg, uitgesplitst naar frequentie, duur en de deelnemers van het overleg moet worden verwezen naar de oorspronkelijke rapportages (Van der Zee, 1979; resp. Wijkkel, 1984). De gegevens die we hier presenteren zijn gebaseerd op die rapportages.

1.4.2. Het vóórkomen van samenwerking

Op basis van de enquête onder solo- en duoartsen kan tabel 1.3 samengesteld worden. Daarin vinden we het aantal huisartsen dat één of meer activiteiten op het terrein van samenwerking op de drie onderscheiden categorieën heeft.

Tabel 1.3.: aantallen huisartsen (buiten gezondheidscentra en groepspraktijken) die monodisciplinaire, bidisciplinaire of multidisciplinaire samenwerking rapporteren

| gestructureerde samenwerking | 1978 | | 1983 | |
|-----------------------------------|------|---------|------|---------|
| | abs | (%) | abs | (%) |
| - in monodisciplinair verband | 279 | (78.4%) | 396 | (88.6%) |
| - in bi-disciplinair verband | 253 | (71.1%) | 397 | (88.8%) |
| - in multidisciplinair verband | 132 | (37.1%) | 186 | (41.6%) |
| N = | 356 | | 447 | |

Naar onze mening geeft deze tabel aan dat er door de huisartsen in Nederland in ruime mate wordt samengewerkt.

Een volledig referentiekader ontbreekt echter om deze cijfers goed te kunnen interpreteren.

De monodisciplinaire samenwerking in deze tabel bestaat voor een be-

langrijk deel uit samenwerking binnen zogenaamde waarneemgroepen. In 1983 geeft 80% van de respondenten aan, deel te nemen aan een overleggroep in het kader van de waarneming. In datzelfde jaar blijkt 29% deel uit te maken van een associatie. In januari 1983 was overigens 37.6% van alle zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland geassocieerd (NHI, 1983). In onze enquête is dus sprake van een ondervertegenwoordiging van geassocieerde huisartsen.

Bij bijna 90% van de huisartsen is in 1983 sprake van samenwerking met een hulpverlener van één andere discipline.

Ten opzichte van 1978 is die bidisciplinaire samenwerking behoorlijk toegenomen. Het meest wordt samengewerkt met fysiotherapeuten (in 1983 door 48% van de huisartsen) en wijkverpleegkundigen (45%).

De indruk bestaat dat de geënquêteerde huisartsen wat het bidisciplinaire overleg betreft nauwelijks onderdoen voor de artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken (Wijkkel, 1984). We kunnen toch stellen dat ook de multidisciplinaire samenwerking een aanzienlijke omvang heeft. Wanneer we veronderstellen dat alle artsen die hun enquête niet terugstuurden ook niet deelnamen aan multidisciplinaire samenwerking, dan komt de ondergrens voor die samenwerkingsvorm op 28%. Globaal neemt dus éénderde deel van de huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken deel aan multidisciplinair overleg binnen een hometeam-achtige vorm van samenwerking. Deze schatting wordt gesteund door de cijfers van regionale inventarisaties (Van Beugen e.a. 1981; Brinks en Vonk, 1980; DOEL, 1984; PCMW, 1983; PPSEG, 1982).

In een landelijke enquête gehouden in 1984 vinden Hamers en Boerma (1985) dat 26% van de huisartsen in solopraktijken en 42% van de huisartsen in duopraktijken in een multidisciplinair samenwerkingsverband werken dat ze zelf "hometeam" noemen.

De multidisciplinaire teams waaraan de huisartsen van onze enquête deelnemen hebben een zeer wisselende samenstelling. In de meeste teams zijn de drie kerndisciplines vertegenwoordigd, maar ook fysiotherapeuten en gezins/bejaarden verzorgsters maken vaak deel uit van zo'n team (tabel 1.4).

De conclusie moet op basis van deze gegevens luiden dat de samenwerking binnen de eerstelijns duidelijk niet beperkt is tot de geformaliseerde samenwerkingsverbanden.

Tabel 1.4.: vóórkomen van disciplines in hometeams en andere multi-disciplinaire teams (1983)

| discipline | aantal teams | percentage | gemiddeld* aantal hulpverleners |
|-----------------------------------|-----------------|------------|---------------------------------------|
| huisartsen | 186 | 100 | 3.4 |
| wijkverpleegkundigen | 174 | 94 | 2.9 |
| maatschappelijk werkers | 170 | 91 | 2.0 |
| fysiotherapeuten | 64 | 34 | 2.6 |
| gezins/bejaardenver- zorgsters | 55 | 30 | - |
| pastors | 35 | 19 | - |
| psychologen | 29 | 16 | 1.1 |
| apothekers | 24 | 13 | 1.5 |
| verloskundigen | 8 | 4 | - |
| stagiaires | 3 | 2 | - |
| medewerkers MOB | 2 | 1 | - |
| medewerkers SPD | 2 | 1 | - |
| agoog/andragoog | 2 | 1 | - |
| medewerkers SOSEL | 1 | 0 | - |
| N = | 186 | | |

* Berekend voor de teams waaraan de discipline deelneemt.
- Niet gevraagd.

1.4.3. Vergelijking tussen praktijkvormen van de overlegtijd in het kader van de samenwerking

In deze paragraaf zullen we de verschillende vormen van overleg beschrijven van de geënuquëeerde huisartsen met een solo- of duopraktijk. Deze gegevens vergelijken we daarna met de cijfers van artsen in gezondheidscentra en groepspraktijken.

We zullen de gegevens over de overlegtijd op twee manieren weergeven. Eerst totaliseren we de verschillende onderwerpen van overleg en daarna de drie hoofdvormen (mono-, bi- en multidisciplinair). Deze totaalcijfers zullen worden weergegeven voor een viertal samenwerkingsvormen.

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

- geen (formeel) monodisciplinaire samenwerking en geen multidisciplinaire samenwerking (solopraktijk);
- geen (formeel) monodisciplinaire samenwerking en wel multidisciplinaire samenwerking (solopraktijk in een home-team);
- wel (formeel) monodisciplinaire samenwerking en geen multidisciplinaire samenwerking (duopraktijk);
- wel (formeel) monodisciplinaire samenwerking en wel multidisciplinaire samenwerking (duopraktijk in een home-team).

De laatste groep benadert het meest het gezondheidscentrum. Voor wat betreft de monodisciplinaire samenwerking kan men onder hetzelfde dak bij de associé terecht. Wat dat betreft is er geen verschil met een gezondheidscentrum. De multidisciplinaire samenwerking heeft als enige verschil met het gezondheidcentrum dat de gemeenschappelijke huisvesting ontbreekt. In een aantal gevallen is er zeker sprake van een voorloper van het gezondheidscentrum. Dat geldt in mindere mate voor de solopraktijk met multidisciplinaire samenwerking.

In tabel 1.5 is het mono-, bi- en multidisciplinair overleg voor een aantal overlegcategorieën samengenomen.

We zien een aantal duidelijke verschillen. Het patiëntenoverleg neemt ongeveer de helft van de totale overlegtijd in beslag; zo'n zes uur per maand in 1983. Het organisatorisch overleg neemt bijna twee uur in beslag. Het overleg over functioneren en het overig overleg nemen minder dan één uur per maand in beslag, als men over alle huisartsen het gemiddelde berekent. Alles bij elkaar genomen werd 12 uur per maand aan overleg besteed; in 1978 in totaal acht uur.

De verschillen tussen de samenwerkingsvormen zijn overduidelijk. Alle huisartsen in duopraktijken samen, overleggen over de hele linie meer dan twee maal zoveel dan artsen in solopraktijken.

De subgroepen verschillen ook duidelijk van elkaar. Dat geldt voor

Tabel 1.5.: gemiddeld aantal kwartieren gestructureerd overleg, uitgesplitst naar inhoud van het overleg en samenwerkingsvorm

| mono-, bi- en multidisciplinair overleg | gemiddelde aantal kwartieren per maand | | | | | | |
|---|--|-----|--------|---------------|----|--------|--------|
| | solopraktijken | | | duopraktijken | | | totaal |
| | A* | B* | totaal | A* | B* | totaal | |
| patiënten- '78 | 9 | 13 | 10 | 31 | 40 | 34 | 16 |
| overleg '83 | 14 | 19 | 16 | 42 | 47 | 44 | 24 |
| organis. '78 | 3 | 4 | 3 | 7 | 11 | 9 | 5 |
| overleg '83 | 5 | 5 | 5 | 10 | 13 | 11 | 7 |
| informeel '78 | 2 | 6 | 4 | 4 | 11 | 7 | 4 |
| overleg '83 | 4 | 8 | 5 | 5 | 9 | 7 | 6 |
| overleg '78 | 1 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 |
| over '83 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 4 | 3 |
| functioneren | | | | | | | |
| onderlinge '78 | 2 | 3 | 2 | 4 | 9 | 6 | 3 |
| na- en '83 | 3 | 4 | 3 | 8 | 9 | 8 | 5 |
| bijscholing; toetsing | | | | | | | |
| overig '78 | 1 | 2 | 1 | 5 | 7 | 6 | 3 |
| overleg '83 | 2 | 4 | 3 | 8 | 6 | 7 | 4 |
| totaal 1978 | 18 | 31 | 22 | 54 | 82 | 66 | 33 |
| 1983 | 30 | 43 | 34 | 78 | 88 | 81 | 49 |
| n 1978 | 175 | 100 | 275 | 49 | 32 | 81 | 356 |
| 1983 | 194 | 123 | 317 | 67 | 63 | 130 | 447 |

* A = zonder multidisciplinaire samenwerking;
B = met multidisciplinaire samenwerking.

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

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

Die relatie kunnen we overigens beter bekijken aan de hand van de tellingen in tabel 1.6. In deze tabel zijn de verschillende samenwerkingsactiviteiten in monodisciplinair verband opgeteld. Evenzo voor de bi- en multidisciplinaire samenwerkingsactiviteiten. De gegevens over 1978 in deze tabel zijn redelijk goed vergelijkbaar met gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken. Het hiervoor geschetste beeld blijkt in overeenstemming met de gegevens in deze tabel.

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

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

Artsen in solopraktijken, zowel met als zonder multidisciplinaire samenwerking, overleggen duidelijk minder; 'echte' solo-artsen, bijna 4,5 uur en solo-artsen in 'home-teams' bijna 7 uur en 3 kwartier per maand.

Commentaar

De grootste verschillen worden inderdaad bij het monodisciplinair overleg gevonden. Vermoedelijk zijn de gegevens van de monodisciplinaire samenwerking binnen duopraktijken door onze methode van vragenstellen wat overschat. Juist bij de associaties komt het dagelijkse overleg vaak voor. Wanneer men, zoals wij hebben gedaan, als kleinste tijdseenheid een kwartier neemt, dan is vrij gemakkelijk in te zien dat een dagelijkse patiëntenbespreking van gemiddeld vijf minu-

ten, omgerekend naar een maand, sterk wordt overbedeeld. Gedurende een maand vijftien minuten per dag levert voor die maand vijf en een half uur op, tegen nog geen twee uur als met vijf minuten wordt gerekend. Deze mogelijke overschatting moet men bij het hanteren van deze gegevens in het oog houden.

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

Tabel 1.6.a.: gemiddeld aantal kwartieren gestructureerd overleg, uitgesplitst naar soort overleg en samenwerkingsvorm

| soort overleg | gemiddeld aantal kwartieren per maand | | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|-----|--------|---------------|----|--------|--------|---------|----|
| | solopraktijken | | | duopraktijken | | | totaal | | |
| | A* | B* | totaal | A* | B* | totaal | gem. | st.dev. | |
| monodisciplinair | 1978 | 10 | 13 | 11 | 43 | 57 | 48 | 20 | 20 |
| | 1983 | 17 | 21 | 18 | 59 | 61 | 60 | 30 | 34 |
| bidisciplinair | 1978 | 7 | 10 | 8 | 12 | 13 | 12 | 9 | 13 |
| | 1983 | 12 | 12 | 12 | 18 | 17 | 17 | 14 | 19 |
| multidisciplinair | 1978 | 0 | 8 | 3 | 0 | 12 | 5 | 3 | 7 |
| | 1983 | 0 | 9 | 3 | 0 | 11 | 5 | 4 | 7 |
| totaal | 1978 | 18 | 31 | 23 | 55 | 82 | 65 | 32 | 35 |
| | 1983 | 29 | 42 | 34 | 77 | 88 | 82 | 48 | 45 |
| n | 1978 | 175 | 100 | 275 | 49 | 32 | 81 | 356 | |
| | 1983 | 194 | 123 | 317 | 67 | 63 | 130 | 447 | |

A*=- zonder multidisciplinaire samenwerking

B*=- met multidisciplinaire samenwerking

Tabel 1.6.b.: gemiddeld aantal uren mono-, bi- en multidisciplinair overleg in gezondheidscentra en groepspraktijken (kwartieren tussen haakjes)

| 1978 | gezondheidscentra | groepspraktijken |
|-------------------|-------------------|------------------|
| monodisciplinair | 5.7 (23) | 6.6 (26) |
| bidisciplinair | 2.2 (9) | 2.7 (11) |
| multidisciplinair | 8.9 (36) | 1.4 (6) |
| totaal | 16.8 (67) | 10.7 (43) |
| n | 72 | 57 |

1.5. De relatie tussen het samenwerken en de verwijscijfers

1.5.1. Inleiding

In het voorgaande zijn verschillende aspecten van de samenwerking aan de orde geweest. In deze paragraaf komt de derde vraagstelling uit dit hoofdstuk aan bod.

Voordat we tot toetsing van de opgestelde hypothesen overgaan, zullen eerst de gebruikte variabelen - waar nodig - worden beschreven.

1.5.2. Gebruikte variabelen

Wat de afhankelijke variabelen betreft kunnen we hier kort zijn. We hebben al in deel I ruime aandacht aan de verschillende productiecijfers besteed.

In de eerste plaats gebruiken we het verwijscijfer van alle specialismes getotaliseerd, in de tweede plaats ook verwijscijfers voor interne geneeskunde en orthopedie. In de derde plaats zal het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden gebruikt worden voor de hypothese met betrekking tot de samenwerking met wijkverpleegkundigen.

De analyses worden voor twee jaren uitgevoerd: Gegevens over 1978 betrekking hebbend op gezondheidscentra en groepspraktijken zijn betrokken uit het analysebestand voor deel I. Voor de analyse van de samenwerkingsgegevens over 1983 van de geënquêteerde huisartsen moeten we gebruik maken van verwijscijfers van 1982. Aangezien de enquête begin 1983 is afgenomen, is daartegen geen bezwaar.

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

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

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

De onafhankelijke variabelen kunnen in een aantal groepen worden ingedeeld:

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

De **samenwerkingsvariabelen** zijn in paragraaf 1.3.3. besproken en behoeven hier geen verdere toelichting. Van gezondheidscentra en groepspraktijken beschikken we ook over aanvullende gegevens zoals de vestigingsdatum van het centrum.

Dat gegeven is van belang, omdat verondersteld kan worden dat pas gevestigde centra meer overleggen dan de oudere centra. Bij pas gevestigde centra zal men nog aan elkaar moeten wennen. Ook moet het samenwerken 'geleerd' worden hetgeen extra tijd kost.

Figuur 1.1 laat zien dat daarvan geen sprake is (zie volgende pagina).

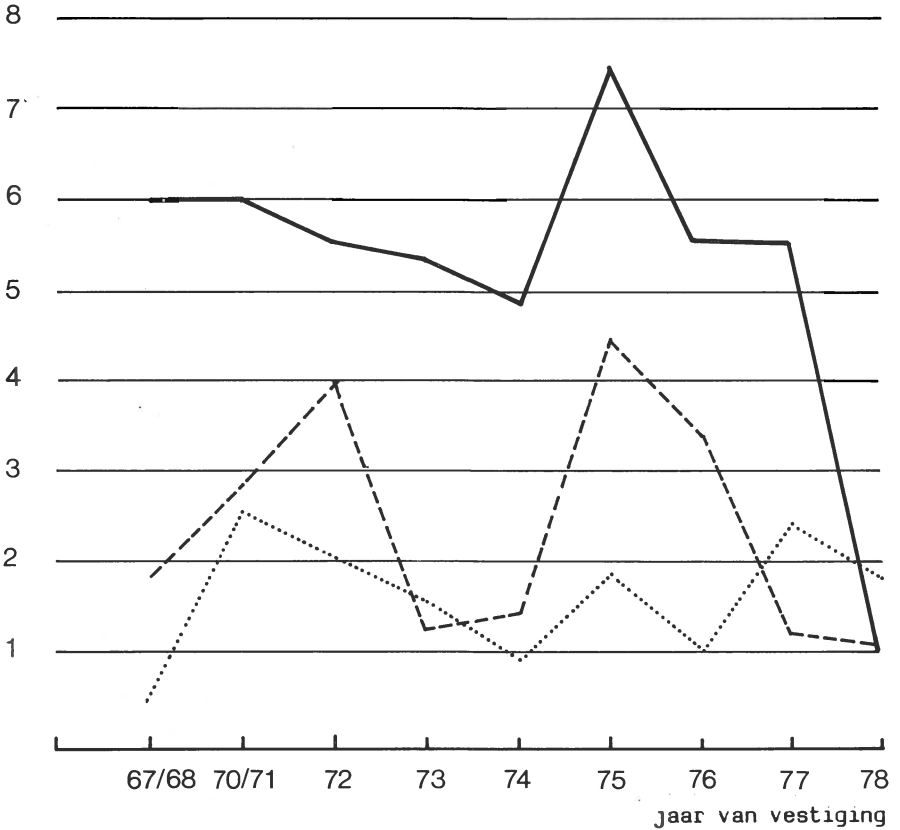
Ook ten aanzien van verwijscijfers is er geen relatie met het vestigingsjaar. Uit de enquête onder solo- en duopraktijken komen vrij veel samenwerkingsgegevens. Naast getotaliseerde cijfers over mono-, bi- en multidisciplinaire samenwerking en patiëntenoverleg; organisatorisch overleg, informeel overleg etc. binnen de eerste lijn, beschikken we over samenwerkingsgegevens met de tweede lijn. Consultatie van artsen, maar ook van specialisten heeft onze speciale aandacht.

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

Figuur 1.1.: uren overleg in gezondheidscentra

— multidisciplinair
- - - bidisciplinair
..... monodisciplinair

uren samenwerking per maand



De **structurele variabelen** zijn uiteraard dezelfde als gebruikt voor de analyse in deel I. De urbanisatiegraad van de gemeente, de regio, de afstand tot een plaats met een ziekenhuis, het specialistenaanbod, de leeftijds-geslachtsverdeling van de ziekenfondspraktijk, de grootte van de ziekenfondspraktijk en het vestigingsjaar van de

huisarts stonden voor de artsen die in 1978 al praktiseerden ter beschikking en werden door ons voor de na 1978 gestarte artsen aan het analysebestand toegevoegd.

Eén gegeven, dat voor de analyse van 1982 gebruikt wordt, is enigszins problematisch. Het betreft de variabele specialistenaanbod. In de vijf jaar die verstreken waren na 1978 zijn uiteraard in het specialistenbestand behoorlijke mutaties opgetreden. De gegevens op gemeenteniveau die voor het jaar 1978 ter beschikking staan, zijn waarschijnlijk achterhaald. Voor actuelere cijfers gebruikten we het rapport medische specialisten in Nederland, 1977-1983 (Imandi e.a. 1984), waarin specialistengegevens voor het jaar 1982 zijn opgenomen. Deze gegevens zijn echter niet op gemeenteniveau, maar op het niveau van de ziekenhuisregio weergegeven. Wij namen het totale specialistenaanbod in 1982 per ziekenhuisregio in ons bestand op. Naast de structurele variabelen werden **taakopvattingvariabelen** opgenomen als mogelijk verklarende factoren voor verschillen in verwijscijfers. Dopheide (1982) heeft in een onderzoek naar mogelijke verklaringen voor die verschillen aangetoond, dat een aantal taakopvattingen een duidelijke relatie had met verwijscijfers. Vooral een schaal, die was samengesteld op basis van de antwoorden op de vraag welke therapeutische technieken de huisarts daadwerkelijk uitvoerde, voldeed goed. Ook een schaal die de taakafbakening ten opzichte van specialisten inhield, bleek een relatie te hebben met het verwijscijfer. In een Nijmeegs onderzoek naar de mogelijkheid de taakuitoefening van huisartsen te meten (Grol, 1981), werden een aantal schalen ontwikkeld, die ook voor ons onderzoek van belang zijn. Op basis van ervaringen van Dopheide en Grol stelden wij een lijst met items op, die de volgende dimensies omvatten: somatisch therapeutisch handelen, psychosomatisch therapeutisch handelen; diagnostisch handelen en taakafbakening ten opzichte van de specialist. De gebruikte items en de antwoordfrequenties zijn in de vragenlijst (bijlage A) opgenomen.

Na itemanalyse en factoranalyse konden we drie schalen samenstellen. Deze schalen zijn in tabel 1.7 weergegeven.

Het bleek niet mogelijk op het terrein van het diagnostisch handelen een redelijk betrouwbare schaal op te stellen. Iedere respondent kreeg een schaalscore toegekend door de antwoorden op de verschillende schaalitems op te tellen.

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

Tabel 1.7.: de somatisch therapeutische schaal, de psychosomatisch therapeutische schaal en de taakafbakening ten aanzien van de specialist

| schaal: | |
|---|--|
| somatisch therapeutisch handelen (= .73) | % volledig of grotendeels eigen taak huisarts |
| - IUD plaatsen | 62% |
| - paracutese uitvoeren | 14% |
| - wigexcisie bij anguis incarnatus uitvoeren | 44% |
| - een patiënt met een acute urineretentie tgv een prostaathypertrofie catheteriseren | 81% |
| - uitpellen atheroom | 63% |
| - incideren abces gehoorgang | 50% |
| - 'roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen | 65% |
| schaal: | |
| psychosomatisch therapeutisch handelen (= .68) | % volledig of grotendeels eigen taak huisarts |
| - bespreken van relatieproblemen met echtpaar | 64% |
| - adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden | 49% |
| - hulp bieden bij sexuele moeilijkheden | 65% |
| - ontspanningstherapie bij spanningsklachten | 23% |
| schaal: | |
| taakafbakening t.a.v. de specialist (= .60) | % volledig of grotendeels eens |
| - de huisarts die dat wil, zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen | 58% |
| - een deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt ge- daan, zou eigenlijk even goed door de huisartsen gedaan kunnen worden | 80% |

Tabel 1.7.: vervolg

| schaal: | |
|---|-----------------------------------|
| taakafbakening t.a.v. de specialist (= .60) | % volledig of grotendeels eens |
| - als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts eerst te vragen of dat wel echt nodig is | 75% |
| - bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als van de specialist | 29% |
| - wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is | 71% |

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

Wij namen in de vragenlijst een vraag op over de aanwezigheid van diagnostische apparatuur in de huisartspraktijk. De huisartsen vermeldden een breed scala aan apparatuur. De antwoordpercentages op de apparatuur die expliciet in de vragenlijst was opgenomen is weergegeven in tabel 1.8 (zie volgende bladzijde). Een apparaat dat naast de vier genoemde veel voorkwam was de 'peak flow meter' waarover 8 à 9 procent van de huisartsen zegt te kunnen beschikken. Als verklarende variabele werd op basis van de antwoorden op de vraag naar diagnostische apparatuur het aantal verschillende apparaten genomen, waarover de huisarts kan beschikken.

Voordat we de analyses voor solo- en duopraktijken gingen uitvoeren, werden eerst de structurele variabelen en de alternatieve verklarende variabelen via lineaire regressie-analyse onderzocht. Op die manier kon het aantal onafhankelijke variabelen worden gereduceerd tot de variabelen die een aanzienlijke invloed op het verwijscijfer hebben. De resultaten van de multiple regressie-analyse zijn in bijlage B opgenomen.

Tabel 1.8.: percentage respondentent dat over de betreffende diagnostische apparatuur kan beschikken

| apparatuur | % |
|-------------------|----|
| electocardiograaf | 1 |
| audiometer | 25 |
| oogboldrukmeter | 34 |
| longfunctiemeter | 37 |

Voor het toetsen van de hypothesen maakten we gebruik van variantie-analyse met multiple classificatie-analyse.

Van de structurele variabelen bleken de volgende variabelen een belangrijke verklarende factor voor het verwijscijfer van 1982 te zijn: (Voor de relaties in 1978, zie tabel 3.3, Deel I).

- Regio: In de regio oosten en midden lagere verwijscijfers.
- Urbanisatiegraad: De dummy's haalden apart ingevoerd het significantieniveau niet. De relatie in het materiaal van 1978 is echter overduidelijk.
- Gemiddelde leeftijd: Hoe hoger de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk des te hoger het verwijscijfer.
- Aanbod van specialisten: Hoe meer specialisten per 100.000 inwoners des te hoger het verwijscijfer.
- Afstand tot ziekenhuis: Hoe verder de praktijk van het ziekenhuis verwijderd is, des te lager het verwijscijfer.
- Aantal ziekenfondspatiënten: Een significante relatie; hoe groter de praktijk des te lager het verwijscijfer. De relatie is echter niet sterk.

Van de schalen bleek de somatisch-therapeutische schaal een belangrijke invloed op de hoogte van het verwijscijfer uit te oefenen. Huisartsen met hoge scores op die schaal, dat wil zeggen dat ze minder somatisch-therapeutische handelingen tot hun taak rekenden, hadden hogere verwijscijfers. De andere schalen bleken geen significante invloed op de hoogte van het verwijscijfer te hebben.

De variabele 'diagnostische apparatuur' bleek het significantieniveau te halen ($T = 2.0$).

In de regressievergelijking betrokken we ook een aantal samenwerkingsvariabelen (samenwerking met specialist e.d.). Slechts één van

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

De samenhang van de laatste twee variabelen met het verwijscijfer was echter gering, zodat we besloten ze niet in de variantie-analyse te betrekken.

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

1.6. Resultaten

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

Verschillen per praktijksituatie

Voor de praktijksituatie onderscheiden we bij de geënquêteerde huisartsen een zestal categorieën. In de eerste plaats is een tweedeling gemaakt tussen artsen in solopraktijken en duo-praktijken. Binnen deze huisartsengroepen is een driedeling gemaakt. De eerste groep bestaat uit huisartsen die géén patiëntenoverleg hebben met andere eerstelijnsdisciplines. Deze huisartsen hebben dus alleen monodisciplinair patiëntenoverleg óf in het geheel geen overleg over de patiëntenzorg. De tweede groep heeft bidisciplinair patiëntenoverleg met één of meer eerstelijns hulpverleners, maar niet in multidisciplinair verband. De huisarts heeft daarnaast meestal nog mono- en/of bidisciplinair overleg. Deze categorieën zijn dus niet volledig

zuiver maar een volledige uitsplitsing zou 16 categorieën omvatten. We hebben in 1.3.3 al geconstateerd dat de drie vormen van overleg meestal een cumulatief karakter hebben. Als een huisarts multidisciplinair samenwerkt, doet hij/zij dat in de meeste gevallen ook bidisciplinair en monodisciplinair.

De afwijkingen van het gemiddelde (tabel 1.9) zijn voor de zo samengestelde variabele met zes categorieën voor het verwijscijfer van 1982 significant. Er blijkt een aanzienlijk verschil te bestaan tussen duo- en solopraktijken. Bij de artsen in duopraktijken hebben de artsen die alleen monodisciplinair patiëntenoverleg rapporteerden hogere verwijscijfers dan gemiddeld. Wanneer wel bidisciplinair wordt samengewerkt, is het verwijscijfer voor artsen in duopraktijk

Tabel 1.9.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer van zes samenwerkingsvormen na uitschakeling van de effecten van regio, urbanisatiegraad, afstand tot ziekenhuis, specialisten aanbod, aanbod ziekenfondspatiënten, schaal somatisch-therapeutisch handelen en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk (cijfers 1982)

| samenwerkingsvormen | N | verschil vóór variantie analyse | verschil na variantie analyse** |
|--|-----|---------------------------------------|---------------------------------------|
| duopraktijken | | | |
| - alleen monodisciplinaire samenwerking* | 9 | +84 | +49 |
| - met bidisciplinaire samenwerking | 55 | -40 | -21 |
| - met multidisciplinaire samenwerking | 34 | -17 | -12 |
| solopraktijken | | | |
| - alleen monodisciplinaire samenwerking | 43 | +21 | - 7 |
| - met bidisciplinaire samenwerking | 141 | + 9 | + 8 |
| - met multidisciplinaire samenwerking | 76 | - 1 | + 3 |

* Samenwerking in de vorm van patiëntenoverleg

** De verschillen zijn significant ($P < .05$)

ken lager, evenals wanneer er in multidisciplinair verband patiënt-overleg plaatsvindt. Bij solopraktijken zijn de verschillen tegengesteld aan die in duopraktijken, maar daarbij moet tegelijk vermeld worden, dat de verschillen onbeduidend zijn.

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

Intensiteit van samenwerking

De vraag of de intensiteit van samenwerking, los van de vraag of de samenwerking door een solo-arts of een duo-arts wordt bedreven, een voorspellende waarde heeft voor de hoogte van het verwijscijfer, komt aan de orde in de tabellen 1.10 en 1.11. Omdat duo- en solopraktijken wat die intensiteit betreft (met name bij monodisciplinaire samenwerking) behoorlijk van elkaar verschillen, zijn ze apart voor beide groepen berekend.

We zien bij de duopraktijken dat de intensieve monodisciplinaire overleggers lagere verwijscijfers hebben. Bij het intensieve bidisciplinaire overleg zien we in 1982 duidelijke lagere verwijscijfers. De relatie is voor de duopraktijken alleen bij het monodisciplinaire overleg lineair. Bij het bidisciplinaire overleg duidelijk niet. Voor de solopraktijken kunnen we stellen dat de weinige artsen die zeer intensief overleggen (zowel mono- als bidisciplinair overleg) hogere verwijscijfers vertonen. De overige afwijkingen met name bij gezondheidscentra vertonen geen consistent beeld.

De groepspraktijken lijken wat het effect van het mono- en bidisciplinair overleg op verwijscijfers betreft enigszins op associaties.

Ook voor de multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra en groepspraktijken geldt, dat er geen relatie tussen de intensiteit van het overleg en de hoogte van het verwijscijfer wordt aangetroffen (Wijkkel, 1983).

De berekeningen die voor het specialisme interne geneeskunde werden uitgevoerd, leverden dezelfde resultaten op als voor het totale verwijscijfer (Wijkkel, 1984).

Een andere vorm van monodisciplinaire samenwerking, die ad-hoc plaatsvindt, is de (telefonische) consultatie van collega huisartsen (tabel 1.12). De variabele 'consultatie collega huisartsen' moet

Tabel 1.10.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer berekend voor categorieën van monodisciplinair patiëntenoverleg

| 1982 gemiddeld verwijscijfer 477 | | | |
|----------------------------------|-----|----------------|--------------|
| monodisciplinair overleg | N | voor correctie | na correctie |
| in duopraktijken: | | | |
| - minder dan 2 uur | 21 | +33 | +32 |
| - van 2 tot 5 uur | 13 | -24 | -14 |
| - meer dan 5 uur | 60 | -39 | -24 |
| in solopraktijken | | | |
| - minder dan 2 uur | 186 | +11 | + 6 |
| - van 2 tot 5 uur | 60 | - 2 | - 6 |
| - meer dan 5 uur | 14 | 0 | +13 |
| 1978 gemiddeld verwijscijfer 425 | | | |
| in gezondheidscentra | | | |
| - minder dan 2 uur | 39 | -11 | - 7 |
| - van 2 tot 5 uur | 14 | +23 | +21 |
| - meer dan 5 uur | 15 | + 7 | - 1 |
| 1978 gemiddeld verwijscijfer 462 | | | |
| in groepspraktijken | | | |
| - minder dan 2 uur | 23 | +21 | +16 |
| - van 2 tot 5 uur | 11 | -23 | -27 |
| - meer dan 5 uur | 16 | -15 | - 1 |

- De relatie is alleen significant ($P < .05$) bij de gegevens over 1982 (solo- en duopraktijken gezamenlijk).

- De verwijscijfers van gezondheidscentra en groepspraktijken zijn gecorrigeerd voor: gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten, afstand tot ziekenhuis, aanbod aan specialisten en grootte van het ziekenfondspraktijk.

- Voor de correcties bij solo- en duopraktijken zie tabel 1.9.

Tabel 1.11.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer bij categorieën van bidisciplinair overleg

| 1982 gemiddeld verwijscijfer 479 | | | |
|----------------------------------|-----|----------------|--------------|
| bidisciplinair overleg | N | voor correctie | na correctie |
| in duopraktijken: | | | |
| - minder dan 2 uur | 54 | -19 | -16 |
| - van 2 tot 5 uur | 24 | +23 | +40 |
| - meer dan 5 uur | 13 | -91 | -74 |
| in solopraktijken | | | |
| - minder dan 2 uur | 165 | 0 | - 4 |
| - van 2 tot 5 uur | 65 | + 7 | +10 |
| - meer dan 5 uur | 30 | +42 | +30 |
| 1978 gemiddeld verwijscijfer 425 | | | |
| in gezondheidscentra | | | |
| - minder dan 2 uur | 41 | +10 | + 2 |
| - van 2 tot 5 uur | 15 | -29 | -27 |
| - meer dan 5 uur | 12 | + 1 | -28 |
| 1978 gemiddeld verwijscijfer 462 | | | |
| in groepspraktijken | | | |
| - minder dan 2 uur | 21 | + 8 | + 9 |
| - van 2 tot 5 uur | 16 | + 9 | +14 |
| - meer dan 5 uur | 13 | -24 | -32 |

- Alleen de relatie in 1982 is significant ($P < 05$)
- Correcties waren dezelfde als tabel 1.10.

voor duopraktijken gelezen worden als 'consultatie associé'. De resultaten zijn moeilijk te duiden. Wanneer collega's 'soms' worden geconsulteerd, of 'zeer regelmatig' (gemiddeld meer dan eens per week), blijkt het verwijscijfer gemiddeld lager te zijn. Door huisartsen die 'regelmatig' consulteren, dat wil zeggen gemiddeld eens per maand tot eens per week, wordt juist meer verwezen. Deze relatie wijkt in 1982 significant van nul af. Gegevens over ad-hoc consultatie bij gezondheidscentra en groepspraktijken waren niet beschikbaar.

Tabel 1.12.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer voor groepen huisartsen die verschillende frequenties van consultatie van andere huisartsen hebben

| consultatie collega huisartsen | 1982 gem. verwijscijfer 477 | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------|
| | N | vóór correctie | na correctie |
| zelden of nooit | 97 | - 5 | - 2 |
| soms | 94 | + 3 | -17 |
| regelmatig | 100 | +25 | +28 |
| zeer regelmatig | 53 | -44 | -18 |

De relatie is significant ($p < .05$).

Samenwerking met fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen

Wij veronderstellen dat wanneer huisartsen met fysiotherapeuten samenwerken de ingebrachte deskundigheid van de fysiotherapeut verwijzingen naar orthopeden zouden kunnen verminderen. In plaats daarvan kunnen dan meer patiënten door de desbetreffende therapeut behandeld worden. Deze mogelijke substitutie komt echter niet duidelijk uit onze gegevens naar voren (tabel 1.13). Op zijn best kan gezegd worden dat de huisartsen die patiëntenoverleg met fysiotherapeuten hebben enigermate minder verwijzen. Het significantieniveau wordt niet bereikt.

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

kenhuispatiënten zorgen. Tabel 1.14 (zie volgende pagina) laat zien dat als er al een invloed te onderkennen is, deze zeer gering is en niet consistent. Het gestructureerde patiëntenoverleg met wijkverpleegkundigen heeft dus geen relatie met verpleegduurcijfers. Het lijkt er bij gezondheidscentra en groepspraktijken op, dat het totaal ontbreken van patiëntenoverleg met wijkverpleegkundigen samen gaat met meer verpleegdagen (de relatie haalt echter het significantieniveau niet).

Consultatie van specialisten

Behalve de mogelijkheid tot consultatie van collega-huisartsen, hebben huisartsen de mogelijkheid specialisten te raadplegen. Het consulteren van specialisten kan vanuit een aantal verschillende motieven gebeuren. In de eerste plaats kan men zich voorstellen dat in het kader van de taakafbakening tussen huisarts en specialist regelmatig contact tussen beide gewenst is. Daarnaast kan de huisarts consulteren vanuit onzekerheid over de diagnose of behandeling van patiënten; de huisarts doet op die manier aan onzekerheidsreductie. Kijken we naar de resultaten van de variantie-analyse, waarin zowel het totale verwijscijfer als het verwijscijfer naar interne geneeskunde als afhankelijke variabelen zijn opgenomen, dan zien we dat véél consulteren tot hogere verwijscijfers leidt. Afgezien van de categorie 'nooit' die het hoogste verwijscijfer heeft, lijkt zelfs een lineaire relatie aanwezig (tabel 1.15). Weinig consulteren lijkt dus wat het verwijscijfer betreft gunstiger te zijn dan veelvuldige consultatie. Wanneer een huisarts zich met betrekking tot zijn handelen sterk laat leiden door het oordeel van een specialist is het ook aannemelijk dat hij/zij net als de geconsulteerde specialist bij voorkeur het 'zekere voor het onzekere' zal nemen. We zullen in het volgende hoofdstuk op deze problematiek terugkomen.

Tabel 1.13.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer van het specialisme orthopedie berekend voor verschillende vormen van patiëntenoverleg met fysiotherapeuten

| 1982 gem. verwijscijfer 28.3 | | | |
|---|-----|-------------------|-----------------|
| samenwerking met fysioth. solo- en duopraktijken | N | vóór correctie | na correctie |
| - geen patiëntenoverleg | 161 | + .9 | + .3 |
| - bidisciplinair patiëntenoverleg | 161 | - .3 | 0 |
| - multidisciplinair patiëntenoverleg | 35 | -2.7 | -1.6 |
| 1978 gem. verwijscijfer 26.7 | | | |
| gezondheidscentra en groepspraktijken | | | |
| géén patiëntenoverleg | 69 | +3.3 | +0.5 |
| bidisciplinair overleg | 22 | -3.9 | +0.1 |
| multidisciplinair overleg | 26 | -5.4 | -1.5 |

Voor beide jaren is de relatie niet significant. Gecorrigeerd voor: regio Zuid, aanbod aan specialisten orthopedie en gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk.

Tabel 1.14.: afwijkingen van het gemiddelde verpleegduurcijfer voor verschillen in patiëntenoverleg met wijkverpleegkundigen

| samenwerking met wijkverpleegkundigen 1982 gem. verpleegdagen 1846 | | | |
|--|-----|----------------|---------------|
| solo- en duopraktijken | N | vóór correctie | na* correctie |
| - geen patiëntenoverleg | 121 | -24 | -12 |
| - bidisciplinair patiëntenoverleg | 110 | + 4 | -37 |
| - multidisciplinair patiëntenoverleg | 86 | +29 | +63 |
| gezondheidscentra en groepspraktijken 1978 gem. verpleegdagen 1740 | | | |
| géén patiëntenoverleg | 16 | +269 | +196 |
| bidisciplinair overleg | 17 | + 34 | - 42 |
| multidisciplinair patiënten | 85 | - 57 | - 29 |

* In de variantie-analyse voor solo- en duopraktijken werden de regio, de urbanisatiegraad, de afstand tot het ziekenhuis, het aantal bedden per 1000 inwoners en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk betrokken. Bij gezondheidscentra en groepspraktijken betrokken we het beddenaanbod en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspraktijk.

Tabel 1.15.: afwijkingen van het gemiddelde verwijscijfer en het verwijscijfer voor inwendige geneeskunde voor categorieën van consultatie

| consultatie van specialisten | | 1982 totaal verwijscijfer 477 | |
|------------------------------|-----|-------------------------------|--------------|
| solo- en duopraktijken | N | vóór correctie | na correctie |
| nooit/niet ingevuld | 15 | +59 | +52 |
| zelden/soms | 114 | -14 | -10 |
| 1, 2 of 3 keer per maand | 109 | - 3 | - 8 |
| 4 keer per maand of vaker | 120 | + 8 | +11 |

| consultatie van specialisten | | verwijscijfer inwendige geneeskunde 50.6 | |
|------------------------------|-----|--|--------------|
| solo- en duopraktijken | N | vóór correctie | na correctie |
| nooit/niet ingevuld | 15 | +4.5 | +2.3 |
| zelden/soms | 114 | - .4 | -1.0 |
| 1, 2 of 3 keer per maand | 109 | -1.1 | - .3 |
| 4 keer per maand of vaker | 120 | + .8 | +1.0 |

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

1.7. Samenvatting

In dit hoofdstuk werd vooral aandacht geschonken aan samenwerking in de vorm van gestructureerd overleg met andere hulpverleners door solo-artsen en geassocieerde artsen. Deze samenwerking werd afgezet tegen gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken.

Drie vraagstellingen kwamen aan de orde. In de eerste plaats werd de vraag behandeld naar vóórkomen en omvang van die gestructureerde samenwerking buiten de geformaliseerde samenwerkingsverbanden. De tweede vraag betreft de inhoud en de intensiteit van samenwerking, terwijl de derde vraag de statistische relatie tussen de eerder beschreven samenwerking en productiecijfer in de tweede lijns gezond-

heidszorg betreft.

Samenwerkingsoverleg

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

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

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

Gemiddeld zeggen de door ons geïnterviewde huisartsen per maand zo'n 48 kwartieren (twaalf uur) aan allerlei vormen van geregeld overleg te besteden. Dit getal betreft overigens geen exacte vaststelling van de samenwerkingsduur. Het is een globaal cijfer dat door de manier waarop deze gegevens verzameld zijn wel enigszins hoger is, dan wanneer er sprake zou zijn van een exacte meting. De helft van de totale overlegduur wordt aan patiëntenoverleg besteed: gemiddeld zes uren. Aan organisatorisch overleg wordt zeven kwartier, aan informeel zes kwartier, aan overleg over het functioneren drie kwartier en aan de overige vormen van overleg nog eens vijf kwartier besteed (zie tabel 1.5).

In duopraktijken wordt aanzienlijk meer tijd in overleg gestopt dan in solopraktijken. Gemiddeld over alle duopraktijken vonden we bijna 21 uur overleg per maand. Wanneer de artsen van de duopraktijk ook nog in een multidisciplinair samenwerkingsverband deelnemen, wordt er 22 uur overlegd. Dat is één uur per werkdag.

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

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

In figuur 1.2 (zie volgende pagina) zijn de gegevens van onze enquête-

te en de gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken grafisch weergegeven (gegevens uit tabel 1.6).

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

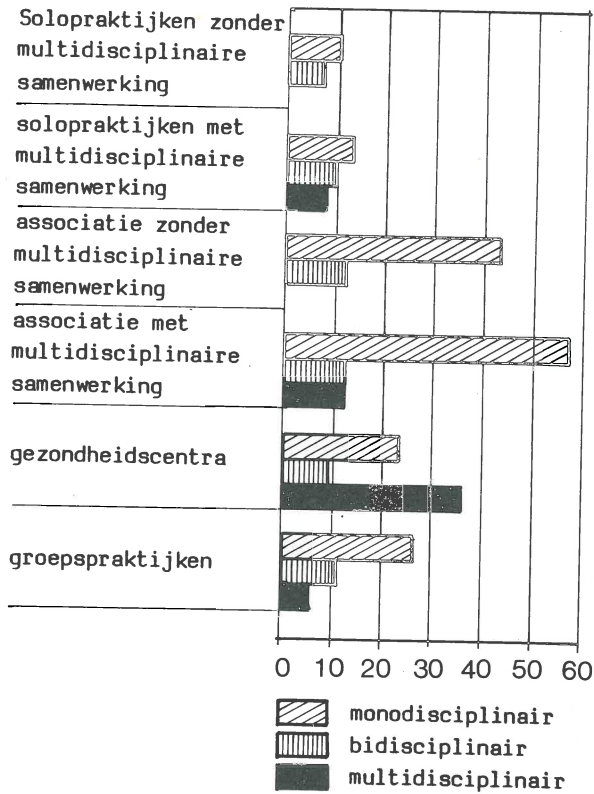
Samenwerking en productiecijfers

Het tweede onderwerp in dit hoofdstuk betreft de relatie tussen het samenwerken in de vorm van gestructureerd overleg en productiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg. We volgden daarbij twee analyselijnen. De relatie tussen samenwerkingsvorm en verwijscijfers en de relatie tussen specifieke samenwerkingsvariabelen en productie cijfers werd onderzocht door middel van variantie-analyse. Naast de voor de hand liggende structurele variabelen werden nog andere variabelen op hun samenhang met verwijscijfers onderzocht omdat verondersteld werd dat deze variabelen invloed zouden hebben op de hoogte van het verwijscijfer. In de vragenlijst hadden we een aantal taak opvattingssystemen en vragen over de aanwezigheid van diagnostische apparatuur gesteld. Na multiple regressie-analyse bleek dat een schaal die de taakopvatting op het terrein van de somatische-therapeutische handelingen meet een vrij grote invloed op het verwijscijfer had. Deze schaal werd daarom als alternatieve verklarende factor samen met de structurele variabelen in de analyses opgenomen.

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

Wat de intensiteit van de samenwerking en de andere samenwerkingsvariabelen betreft, leverden de uitgevoerde analyses nauwelijks con-

Figuur 1.2.: kwartieren patiëntenoverleg per maand



sistente relaties op. Alleen de intensiteit van de monodisciplinaire samenwerking door artsen in duopraktijken leverde lagere verwijscijfers op. Geen relatie is echter ook een belangrijk resultaat. Wij vonden geen verband tussen patiëntenoverleg met fysiotherapeuten en verwijscijfers naar orthopedie. Dat geldt zowel voor solo- en duopraktijken als voor gezondheidscentra en groepspraktijken. Evenmin vonden we verband tussen samenwerking met wijkverpleegkundigen en aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten. Monodisciplinaire consultatie leverde moeilijk te interpreteren gegevens op. De samenwerking met specialisten leverde een verrassend resultaat op. Wanneer de specialist zeer intensief werd geconsulteerd was het verwijscijfer duidelijk hoger dan wanneer slechts spaarzaam gebruik van die mogelijkheid werd gemaakt. Ook wanneer nooit consultaties

plaatsvinden is het verwijscijfer hoger.

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

De regressie-analyses die zijn uitgevoerd om de onafhankelijke variabelen voor de variantie-analyses te selecteren, leverden als belangrijk resultaat de tamelijk sterke relatie van de somatisch-therapeutische taakopvatting met het verwijscijfer op.

2. CASE STUDIE SAMENWERKING

2.1. Inleiding

In de voorgaande delen van dit proefschrift is duidelijk geworden dat de samenhang tussen de praktijkvorm en verwijscijfers niet kan worden verklaard door verschillen in structurele factoren of door selectie van patiënten dan wel artsen.

Aangezien de praktijkvormen waar samenwerking verondersteld mag worden het meest intensief te zijn, de laagste verwijscijfers vertonen, ligt het voor de hand de samenwerking als oorzakelijke factor aan te wijzen.

In hoofdstuk 1 van dit deel werd echter geen duidelijk interpreteerbare relatie gevonden tussen de hoeveelheid gestructureerd overleg en de hoogte van het verwijscijfer.

Het bijwonen van gestructureerd overleg als verklarende factor is natuurlijk een gebrekkige operationalisatie van samenwerking. Het is dan ook niet zo, dat de relatie tussen samenwerking en de hoogte van verwijscijfers hiermee is gefalsificeerd.

Wat er tijdens dat overleg precies gebeurt, op welke manier verwijzingen voorkomen worden en vooral welke plaats het overleg in het handelen van huisartsen inneemt, zijn vragen die in dit hoofdstuk aan de orde komen.

Naast deze nadere analyse van het gestructureerde overleg besteden we ook aandacht aan andere aspecten in het handelen van de huisarts welke in relatie gebracht kunnen worden met de samenwerkingssituatie. Behalve ad-hoc consultatie van collega huisartsen en andere hulpverleners zijn dat het intensief gebruik maken van diagnostische hulpmiddelen, de grotere aandacht voor psychosociale problematiek en het vaker verwijzen naar hulpverleners in de eerste lijn, als mogelijke resultante van een specifieke taakopvatting van huisartsen die geïntegreerde hulpverlening voorstaan.

Aan deze aspecten werd in de inleiding van dit proefschrift reeds aandacht besteed.

We zullen in dit hoofdstuk een aantal gegevens van negen huisartspraktijken bespreken met de bedoeling meer zicht te krijgen op de validiteit van onze veronderstellingen.

In tegenstelling tot de voorgaande delen is hier geen sprake van een

toetsend onderzoek, maar van een exploratie van mogelijke oorzakelijke verbanden. De gebruikte onderzoeksmethoden zijn daar ook bij aangepast.

Naast een consultregistratie, verricht door de huisarts om kwantitatieve gegevens te verkrijgen over het gebruik van diagnostieke verwijzingen naar andere hulpverleners en de psycho-somatische beoordeling van klachten, zijn observaties gedaan door de onderzoeken bij het gestructureerde overleg en zijn aanvullende gegevens gevraagd over ad-hoc contacten met andere hulpverleners.

2.2. Onderzoeksgegevens uit negen huisartspraktijken

Aangezien we noch vanuit dit onderzoek tot dusver, noch vanuit publicaties van andere onderzoekers een duidelijke aanwijzing hebben gekregen met betrekking tot de vraag welke vorm van samenwerking (mono-, bi- of multidisciplinair) de grootste bijdrage levert aan de verlaging van het verwijscijfer, kunnen we ons bij het zoeken naar geschikte gevallen van samenwerking niet beperken tot één van deze vormen. Toch hebben we bij de selectie van praktijken geen aandacht geschonken aan bidisciplinaire samenwerking. In de eerste plaats omdat het aantal verschillende hulpverleners waarmee kan worden samengewerkt aanzienlijk is. In de tweede plaats bleek in het vorige hoofdstuk een interpreteerbare samenhang tussen het bidisciplinaire overleg en verwijscijfers afwezig te zijn.

De te selecteren praktijken moeten dus verschillen op het terrein van de mono- en de multidisciplinaire samenwerking. Volgens het schema op de volgende pagina krijgen we vier praktijkvormen.

Voor iedere groep werden twee huisartspraktijken gezocht. Omdat de meeste aandacht uitgaat naar het functioneren van gezondheidscentra selecteerden we echter drie huisartsen in gezondheidscentra.

De praktijken werden geselecteerd met behulp van het registratiesysteem van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg van het NIVEL.

De geselecteerde praktijken werden eerst benaderd via een brief waarin de achtergronden 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

| | | multidisciplinaire samenwerking | |
|-------------------|------|---------------------------------|-----|
| | | niet | wel |
| monodisciplinaire | | | |
| samenwerking | niet | 1 | 2 |
| | wel | 3 | 4 |

1. Solopraktijk
2. Solopraktijk met multidisciplinaire samenwerking in een hometeam
3. Duo- of groepspraktijk
4. Duopraktijk in een hometeam of gezondheidscentrum

Bij de cellen 3 en 4 kozen we de duopraktijk respectievelijk het gezondheidscentrum.

te werken. Wanneer het antwoord niet duidelijk negatief was, werd een afspraak gemaakt voor een gesprek waarin nadere uitleg werd gegeven aan de hand van de registratieformulieren.

De meeste moeite leverde het vinden van huisartsen in duopraktijken op, maar toch bleek het niet noodzakelijk meer dan twintig praktijken te benaderen om negen huisartsen bereid te vinden aan het onderzoek mee te werken.

De huisartsen die niet mee wilden doen voerden daarvoor het argument aan dat men een extra werkbelasting niet verantwoord achtte, gezien de bewerkelijkheid van de eigen praktijk.

Bij het selecteren van geschikte praktijken werden overigens geen pogingen gedaan ze vergelijkbaar te maken voor bijvoorbeeld de leeftijds-geslachtsopbouw.

Dat is ook niet noodzakelijk in een exploratief onderzoek.

In de bijlage is een beschrijving opgenomen van de geselecteerde praktijken, terwijl in paragraaf 2.4 enige basisgegevens van de praktijken zijn weergegeven.

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 andere hierboven besproken aandachtspunten. Het registratieformulier (zie bijlage) is zo logisch mogelijk opgezet. Op het bovenste gedeelte van het formulier kunnen patiëntgegevens, algemene consultgegevens en diagnosegegevens worden ingevuld. Daaronder diagnostische en the-

rapeutische handelingen. Op de derde rij een aantal outputgegevens, zoals het voorschrijven van medicamenten, 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 diagnosecategorïeën tevens samengenomen in clusters volgens Schneeweiss e.a.(1983).

Daarnaast werden enige basisgegevens van ziekenfondsen betrokken.

2.3. Materiaalverzameling

2.3.1. 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 \pm 250 verwijskaarten gedeclareerd. Aangezien een groot deel daarvan voor het onderzoek relatief oninteressante gevallen betreft - herhaalverwijzingen refractieverwijzingen e.d. -, waarop de huisarts nauwelijks of geen invloed uit kan oefenen schatten we dat zo'n 100 interessante verwijsbeslissingen zullen voorkomen.

2.3.2. 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 (zie bijlage) 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 koffiepauze e.d.) 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 er-

varingen opgedaan tijdens die observaties, werd bij zeven artsen gevraagd de ad-hoc contacten in een klein formaat aantekenboekje te schrijven. De betreffende huisarts werd dagelijks opgebeld om gegevens over die contacten te verstrekken.

Het georganiseerde overleg werd bij alle negen huisartsen gedurende dezelfde periode van twee weken door de onderzoeker bijgewoond.

2.3.3. 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 verwijkskaarten, 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.

2.3.4. 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 geregistreerde 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 de huisarts slechts in een te verwaarlozen aantal gevallen het invullen te hebben nagelaten.

Na één of twee dagen registreren werd de huisarts bezocht en werden alle ingevulde formulieren gezamenlijk doorgenomen. Eventuele onduidelijkheden of misverstanden konden zo voorkomen worden. Alleen bij arts 9 werd deze routine niet gehanteerd 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 verwijksregistratie 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 'praktijkgrootte' van deze arts niet vastgesteld kon worden.

Tabel 2.1.: verwijsgegevens

| | aantal geregistreeerde verwijzingen omgerekend per 1000 ziekenfonds- patiënten per jaar | verwijscijfers (1983) verstrekkt door het ziekenfonds |
|-------------------------|--|---|
| solo-artsen | | |
| arts 2 | 604 | 613 |
| arts 5 | 531 | 469 |
| solo-artsen in hometeam | | |
| arts 6 | 431 | 371*** |
| arts 8 | 417 | 545 |
| duopraktijk | | |
| arts 4 | - | 504* |
| arts 9 | - | 631* |
| gezondheidscentrum | | |
| arts 1 | 195** | 330 |
| arts 3 | 251 | 382 |
| arts 7 | 416 | 365 |

* Berekend over de totale ziekenfondspraktijk van de associatie.

** Verwijskaarten uitgeschreven door de assistente niet meegeteld.

*** Schatting 1984 = 410.

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 de rapportage gelaten; met uitzondering van het onderdeel waarin de samenwerking wordt besproken, omdat de registratieproblemen voor dat onderwerp in mindere mate gelden. Daarnaast laat deze tabel zien dat de geselecteerde huisartsen uit gezondheidscentra minder verwijzen dan de overige geselecteerde huisartsen. Eén van de solo-artsen verwijst zelfs vrij veel. De selectie van praktijken is dus geslaagd te noemen waar het gaat om een contrast tussen weinig verwijzende huisartsen in gezondheids-

centra en veel verwijzende huisartsen in solosituaties.

2.4. Enige kenmerken van de geselecteerde huisartspraktijken

Alvorens in te gaan op de vraagstellingen willen we eerst een beeld schetsen van de praktijken.

2.4.1. Patiëntenpopulatie

De artsen in gezondheidscentra blijken de **kleinste praktijken** te hebben, arts 1 en 3 zelfs minder dan 1700 patiënten. Solo arts 8 heeft met 3535 patiënten een praktijk die meer dan tweemaal zo groot is. Ook de duopraktijken zijn uiteraard groot. De overige praktijken hebben een grootte die dicht tegen het landelijk gemiddelde aan ligt.

Wat de **leeftijdverdeling** betreft (tabel 2.2 zie volgende pagina) zijn de verschillen het duidelijkst voor de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder. Solo-arts 2 blijkt de meeste ouderen in zijn praktijk te hebben. De artsen in gezondheidscentra hebben de minste 65-plus-sers, met arts 7 als uitschieter met slechts 2,5 % ouderen. Deze arts heeft relatief veel kinderen tussen de 5 en 15 jaar in de praktijk.

Arts 5 heeft het laagste percentage kinderen, van 0-5 jaar en het hoogste percentage 16-30-jarigen.

Twee van de negen artsen blijken minder dan 50% **ziekenfondsverzekerden** in hun praktijk te hebben, namelijk arts 4 en arts 7. Ook arts 8 heeft een groot aantal particuliere patiënten. In de praktijken van arts 1 en arts 3 zijn slechts weinig particulieren te vinden (ongeveer 10%; tabel 2.3). In de overige praktijken zijn tussen 65 en 69% ziekenfondsverzekerden ingeschreven. De particuliere patiënten zijn door NIVEL-medewerkers handmatig geteld aan de hand van de zogenaamde groene kaarten¹. Tellingen van ziekenfondspatiënten werden van de ziekenfondsen verkregen.

2.4.2. Consultfrequentie

Het **aantal bezoeken** aan de huisarts per patiënt per jaar geeft informatie over de werkdruk van de huisarts. In die context is dat gegeven op te vatten als een achtergrondgegeven om verschillen in werkwijze van huisartsen te kunnen verklaren.

We verwachten dat de huisartsen met veel ziekenfondspatiënten (arts 1 en 3) en de artsen met veel bejaarde patiënten (arts 2 en in mindere mate de artsen 4 en 6) een hogere contactfrequentie hebben (zie

Tabel 2.2.: leeftijdsverdeling 8 praktijken (percentages)

| | leeftijd in klassen | | | | | N |
|------------------------|---------------------|---------|----------|----------|------|------|
| | 0-4 jr | 5-15 jr | 16-29 jr | 30-64 jr | 65+ | |
| solo-arts | | | | | | |
| arts 2 | 4.5 | 15.0 | 20.7 | 41.9 | 17.8 | 2441 |
| arts 5 | 2.6 | 8.5 | 37.0 | 39.7 | 12.1 | 2488 |
| solo-arts in home-team | | | | | | |
| arts 6 | 8.0 | 15.4 | 25.4 | 35.7 | 15.5 | 2575 |
| arts 8 | 5.7 | 13.5 | 23.6 | 44.8 | 11.9 | 3535 |
| duopraktijk | | | | | | |
| arts 4 | 4.8 | 8.3 | 31.6 | 41.9 | 14.1 | 3083 |
| gezondheidscentrum | | | | | | |
| arts 1 | 7.0 | 15.0 | 26.4 | 40.1 | 11.5 | 1694 |
| arts 3 | 8.0 | 18.7 | 23.2 | 41.5 | 7.0 | 1652 |
| arts 7 | 6.6 | 26.1 | 15.6 | 49.7 | 2.5 | 2099 |

Tabel 2.3.: percentage ziekenfondsverzekerden en percentage mannen van 8 praktijken

| | percentage ziekenfonds | percentage mannen | N |
|------------------------|---------------------------|----------------------|------|
| solo-arts | | | |
| arts 2 | 65 | 49.9 | 2441 |
| arts 5 | 69 | 47.2 | 2488 |
| solo-arts in home-team | | | |
| arts 6 | 62 | 46.1 | 2575 |
| arts 8 | 54 | 49.1 | 3535 |
| duopraktijk | | | |
| arts 4 | 46 | 43.7 | 3083 |
| gezondheidscentrum | | | |
| arts 1 | 91 | 50.6 | 1694 |
| arts 3 | 91 | 50.5 | 1652 |
| arts 7 | 46 | 50.0 | 2099 |

Tabel 2.4.: consultfrequentie per jaar per leeftijdsklasse

| | leeftijd in klassen | | | | | tot |
|------------------------|---------------------|---------|----------|----------|-----|-----|
| | 0-4 jr | 5-15 jr | 16-29 jr | 30-64 jr | 65+ | |
| solo-arts | | | | | | |
| arts 2 | 3.5 | 1.3 | 1.8 | 2.5 | 4.3 | 3.3 |
| arts 5 | 2.4 | 2.7 | 2.1 | 2.8 | 4.6 | 2.7 |
| solo-arts in home-team | | | | | | |
| arts 6 | 2.0 | 1.1 | 1.9 | 2.3 | 3.6 | 2.2 |
| arts 8 | 1.8 | 1.2 | 2.0 | 1.8 | 3.8 | 2.0 |
| duopraktijk | | | | | | |
| arts 4* | 4.9 | 1.3 | 1.8 | 2.0 | 5.6 | 2.4 |
| gezondheidscentrum | | | | | | |
| arts 1 | 2.7 | 2.2 | 3.2 | 3.7 | 3.6 | 3.3 |
| arts 3 | 2.1 | 1.6 | 3.3 | 3.0 | 3.4 | 2.7 |
| arts 7 | 3.6 | 1.8 | 2.8 | 2.5 | 4.2 | 2.5 |

* Berekend over het totale aantal patiënten in de duopraktijk.

Van Vliet en Van de Ven., 1982).

Aangezien een huisarts met een grote praktijk zoals arts 8 ook een begrensde werktijd heeft, zal het aantal contacten per patiënt ten opzichte van kleine praktijken geringer kunnen zijn.

Het **aantal contacten per leeftijdscategorie** is weergegeven in tabel 2.4. Duidelijk blijkt dat patiënten in de extreme leeftijdscategorieën de meeste contacten hebben. Arts 2 met veel oudere patiënten en arts 1 met veel ziekenfondspatiënten hebben voor de gehele populatie de hoogste contactfrequentie. Arts 8 heeft duidelijk het minste aantal contacten per patiënt. Het gemiddeld aantal consulten van alle artsen is overigens lager dan bijvoorbeeld door het CBS wordt becijferd (3,5 consulten per patiënt per jaar).

Bij een vergelijking tussen praktijkvormen zien wij een hogere consultfrequentie in de leeftijd 16 t/m 29 jaar bij de huisartsen van gezondheidscentra.

Wanneer we de consultfrequentie onderverdelen naar verzekeringswijze en geslacht (tabel 2.5) dan blijkt er tussen de praktijkvormen nauwelijks verschil te bestaan wat betreft de verdeling in de consultfrequentie; ziekenfondspatiënten komen vaker op het spreekuur en

vrouwen komen binnen beide verzekeringscategorieën het meest. De particulier verzekerde mannen blijken gemiddeld minder dan twee keer per jaar een bezoek aan de huisarts te brengen.

Tabel 2.5.: consultfrequentie per jaar onderverdeeld in verzekeringsvorm en geslacht

| | ziekenfonds | | particulier | |
|------------------------|-------------|---------|-------------|---------|
| | mannen | vrouwen | mannen | vrouwen |
| solo-arts | | | | |
| arts 2 | 2.6 | 3.3 | 1.5 | 1.0 |
| arts 5 | 2.4 | 3.6 | 1.7 | 2.5 |
| solo-arts in home-team | | | | |
| arts 6 | 2.0 | 2.7 | 1.8 | 1.7 |
| arts 8 | 2.0 | 2.6 | 1.4 | 1.7 |
| duopraktijk | | | | |
| arts 4* | 2.3 | 3.5 | 1.7 | 2.0 |
| gezondheidscentrum | | | | |
| arts 1 | 3.0 | 3.7 | 1.7 | 2.7 |
| arts 3 | 2.3 | 3.2 | 1.2 | 2.7 |
| arts 7 | 2.7 | 3.6 | 1.4 | 2.2 |

* Berekend over het totale aantal patiënten in de duopraktijk.

In de **saamenstelling van de consulten** zijn tussen de artsen (tabel 2.6 zie volgende pagina) duidelijke verschillen te constateren. Arts 1 en arts 2 zijn hierbij minder goed te vergelijken, omdat geen consulten buiten 'kantooruren' en visites (arts 2) werden geregistreerd. Zien we daarvan af, dan blijken de artsen met veel oudere patiënten verhoudingsgewijs ook veel visites af te leggen. Bij enkele artsen vindt de helft van de contacten met 65-plussers tijdens een visite plaats. Wij zijn geneigd de verschillen in contacten in weekend- en avonddiensten aan toevallige omstandigheden (collega's met vakantie e.d.) te wijten. Anders ligt dat bij de telefonische consulten; hoewel er een aanzienlijk interpretatieprobleem ligt², geven deze cijfers wel een goed beeld van de werkwijze van de artsen. Arts 1 en arts 2 die gedurende twee weken door de onderzoeker zijn geobserveerd, verschilden inderdaad. De assistente van arts 1 behandelde alle binnenkomende telefoontjes. Alleen wanneer het echt niet anders kon, werd de patiënt met de arts doorverbonden. Over het

Tabel 2.6.: consulttypen (percentages)

| | consulttypen | | | | N |
|------------------------|--------------|-------------|--------|----------------------------|------|
| | spreekuur | telefonisch | visite | buiten kantoor- uren | |
| solo-arts | | | | | |
| arts 2* | 80.2 | 0.4 | 19.4 | - | 1126 |
| arts 5 | 80.8 | 4.4 | 13.8 | 0.9 | 1425 |
| solo-arts in home-team | | | | | |
| arts 6 | 76.2 | 1.5 | 13.8 | 8.5 | 1046 |
| arts 8 | 82.5 | 1.2 | 16.2 | 0.1 | 1478 |
| duopraktijk | | | | | |
| arts 4 | 73.8 | 0.3 | 23.8 | 2.0 | 1578 |
| gezondheidscentrum | | | | | |
| arts 1** | 92.1 | 7.9 | - | - | 1034 |
| arts 3 | 94.6 | 1.3 | 4.0 | 0.2 | 956 |
| arts 7 | 76.2 | 12.1 | 7.8 | 4.0 | 1019 |

* Arts 2 registreerde geen consulten tijdens weekend- en avond-
diensten.

** Arts 1 registreerde geen visites en consulten tijdens weekend- en
avonddiensten.

algemeen werden de bellende patiënten tijdens het middagspreekuur
'gezien'. Arts 1 kent een telefonisch spreekuur, waarvan veelvuldig
gebruik gemaakt wordt, maar ook tijdens de normale spreekuren wordt
deze arts regelmatig gebeld. Van arts 7 is ook bekend dat hij een
druk telefonisch spreekuur heeft.

Arts 5 heeft geen assistente en neemt de telefoon zelf aan (zijn
echtgenote is achterwacht).

Resumerend kunnen we stellen dat er verschillen tussen de artsen
zijn. Vooral de samenstelling naar leeftijd en verzekeringswijze
verschilt nogal. Twee van de drie artsen in gezondheidscentra hebben
duidelijk minder bejaarden dan de andere artsen. Ook hebben twee
artsen van gezondheidscentra meer ziekenfondspatiënten dan gemid-
deld. De derde arts heeft in verhouding véél particulieren evenals
een geassocieerde arts. Deze verschillen werken uiteraard door in de

consultfrequentie en het consulttype. Vermeldenswaard is dat twee artsen in gezondheidscentra véél telefonische consulten doen. Eén arts heeft een lager consultfrequentie (arts 8), wat mogelijk samenhangt met het hogere patiëntenaantal. De artsen vertonen dus een duidelijk verschil in werkwijze. Ook de rol van de assistente blijkt te verschillen.

De aard van het patiëntenconsult vinden we in tabel 2.7. We kunnen constateren dat de artsen de twee categorieën "chronische aandoening" en "herhalingsconsult" op verschillende wijze hebben geïnterpreteerd, zodat deze categorieën voor een goede vergelijking bij elkaar genomen moeten worden. Hoewel er toch aanzienlijke verschillen in leeftijdsopbouw tussen de praktijken zijn, is het verschil in het aantal eerste contacten niet erg groot. Twee van de artsen in ge-

Tabel 2.7.: aard van consult voor de gepresenteerde klacht (percentages)

| | aard van het consult | | | | | aantal klachten |
|-----------------------|----------------------|---|---------------------------------|---|--------|-----------------|
| | eerste consult | contro- le chron. aandoe- ning | herha- lings con- sult | pil-/ zwanger- schaps controle | overig | |
| solo-arts | | | | | | |
| arts 2* | 50.8 | 2.2 | 41.4 | 5.6 | - | 1317 |
| arts 5 | 46.5 | 12.2 | 33.1 | 5.4 | 2.8 | 1841 |
| solo-arts in hometeam | | | | | | |
| arts 6 | 57.7 | 11.7 | 28.0 | 2.6 | 0.1 | 1396 |
| arts 8 | 50.7 | 18.8 | 23.7 | 4.3 | 2.4 | 1868 |
| duopraktijk | | | | | | |
| arts 4 | 48.0 | 5.2 | 40.2 | 5.6 | 1.0 | 1817 |
| gezondheidscentrum | | | | | | |
| arts 1* | 48.9 | 27.4 | 20.4 | 3.3 | - | 1539 |
| arts 3 | 56.1 | 18.2 | 21.2 | 2.9 | 1.5 | 1305 |
| arts 7 | 56.7 | 17.9 | 22.1 | 2.7 | 0.7 | 1282 |

* arts 1 en 2 registreerden "overig" bij "herhalingsconsult"

zondheidscentra hebben veel eerste consulten, maar de derde juist niet. Een solo-arts met multidisciplinaire samenwerking in een home-team heeft het hoogste percentage eerste consulten. Enigszins verrassend gezien de leeftijdsopbouw is het lagere aantal pil-/zwangerschapsconsulten bij de drie huisartsen in de gezondheidscentra. Bij arts 7 kan het geringe aantal pil-/zwangerschapscontroles te maken hebben met het feit dat in dat centrum verloskundigen werkzaam zijn.

2.5. Psychosomatische karakter van de klacht

Bij de vraag naar het somatische danwel psychosociale karakter van het probleem waarmee de patiënt de huisarts bezoekt, zijn aanzienlijke verschillen te constateren.

Tabel 2.8.: somatisch of psychosociale karakter van de klacht (percentages)

| | puur soma- tisch | meer somatisch dan psycho- sociaal | meer psycho- sociaal dan somatisch | puur psycho- sociaal |
|------------------------------|------------------------|--|--|----------------------------|
| solo-arts | | | | |
| arts 2* | - | - | - | - |
| arts 5 | 68.6 | 18.0 | 6.2 | 7.2 |
| solo-arts in hometeam | | | | |
| arts 6 | 45.8 | 20.5 | 14.0 | 19.7 |
| arts 8 | 55.8 | 17.3 | 13.4 | 13.5 |
| duopraktijk | | | | |
| arts 4 | 60.7 | 23.5 | 5.8 | 10.1 |
| gezondheidscentrum | | | | |
| arts 1* | - | - | - | - |
| arts 3 | 39.4 | 30.7 | 16.0 | 13.9 |
| arts 7 | 59.0 | 21.0 | 7.7 | 12.3 |

* Bij arts 1 en 2 werd dit gegeven niet geregistreerd.

Voorzover uit deze gegevens mag worden afgeleid, zien artsen die multidisciplinair samenwerken meer klachten als psychosociaal. Zowel de artsen die samenwerken binnen een home-team, als de artsen in een gezondheidscentrum scoren meer dan 10% van de klachten puur psycho-

sociaal. Als de categorie 'meer psychosociaal dan somatisch' erbij wordt geteld, is het zelfs meer dan 20%. Arts 6 scoort ongeveer één-derde van de aangeboden problemen als psychosociaal. Deze gegevens stemmen overeen met onze veronderstelling. Van belang is het, dat de multidisciplinaire samenwerking en waarschijnlijk niet de monodisciplinaire samenwerking bepalend is voor de grotere aandacht voor psychosociale problematiek. De huisartsen in gezondheidscentra hebben ook vaker dan de andere artsen langdurige (therapeutische) gesprekken met hun patiënten. Vooral arts 1 onderscheidt zich wat dat betreft duidelijk. Hij zegt overigens psycho-therapeutische vaardigheden te hebben ontwikkeld, omdat hij ervan overtuigd is dat als mensen ergens last van hebben, praten helpt.

2.6. Het verrichten van diagnostisch onderzoek.

De huisartsen hadden de mogelijkheid zowel diagnostische tests die elders werden verricht als diagnostische handelingen in hun eigen praktijk te noteren.

Tabel 2.9.: diagnostisch onderzoek door de huisarts in procenten van het aantal klachten

| | Laboratorium | | Diagnostische apparaten | |
|-----------------------|-------------------|--------|-------------------------|--------|
| | in eigen praktijk | extern | röntgen | overig |
| solo-arts | | | | |
| arts 2 | 2.6 | 2.4 | 1.7 | 0.2 |
| arts 5 | 5.6 | 5.3 | 1.8 | 0.6 |
| solo-arts in hometeam | | | | |
| arts 6 | 7.1 | 3.0 | 2.7 | 1.5 |
| arts 8 | 8.3 | 4.9 | 2.4 | 1.2 |
| duopraktijk | | | | |
| arts 4 | 2.8 | 6.2 | 1.7 | 2.1 |
| gezondheidscentrum | | | | |
| arts 1 | 4.2 | 4.8 | 3.1 | 0.8 |
| arts 3 | 9.2 | 4.4 | 3.4 | 0.6 |
| arts 7 | 5.9 | 5.1 | 2.9 | 3.7 |

De resultaten zijn samengevat in tabel 2.9. We zien dat er wat betreft het gebruik van laboratoriumtests geen duidelijke verschillen tussen de artsen te constateren zijn. Steeds wordt voor nadere diagnose van tenminste 10% van de klachten het laboratorium gebruikt. Alleen arts 2 gebruikt het laboratorium slechts voor 5% van de klachten. Deze arts gebruikt ook weinig de mogelijkheid tot het laten merken van röntgenfoto's. De artsen in gezondheidscentra gebruiken iets vaker dan gemiddeld röntgendiagnostiek (dat komt overeen met de gegevens uit de CBS-gezondheidsenquête).

Arts 7 en arts 4 rapporteren relatief vaak andere diagnostische handelingen. Arts 7 maakt vaak een uitstrijkje voor cytologisch onderzoek en maakt als enige een aantal malen een audiogram en gebruikt een peak-flowmeter. Ook arts 4 maakt relatief veel uitstrijkjes en een paar echografieën. Arts 1 laat ook een aantal malen een echografie verrichten. Alle artsen laten voor enkele patiënten een ECG maken.

2.7. Mogelijke substitutie van verwijzingen naar de specialist.

Tijdens het consult maakt de arts, al of niet in samenspraak met de patiënt, een keuze tussen een aantal alternatieven hoe verder gegaan moet worden.

In dit onderzoek is het overwegen van een verwijzing naar een medisch specialist van groot belang. Uiteraard geldt voor verwijzingen naar specialisten in veel gevallen dat er nauwelijks sprake is van een keuze, maar er zijn voldoende gevallen waarbij de huisarts alternatieven ter beschikking staan.

Een patiënt die een medische "actie" van de huisarts verlangt, kan geholpen zijn met het voorschrijven van medicijnen of het doen van nader diagnostisch onderzoek, of anders gezegd: De huisarts heeft binnen zekere grenzen de mogelijkheid het verwijzen naar een specialist te substitueren door een andere actie.

In tabel 2.10 zijn een aantal alternatieven voor verdere behandeling samengevat.

Zoals we in paragraaf 2.3.4 al gezien hebben, verwijzen de artsen in gezondheidscentra het minst. We wijzen erop, dat we hier het aantal actieve verwijzingen per 100 klachten hebben weergegeven. Deze maat wordt geacht het "verwijsgedrag" van de huisarts het best weer te geven. Wat het voorschrijven van medicijnen betreft, hebben twee van de drie artsen in gezondheidscentra de laagste cijfers.

Tabel 2.10.: voorschrijven van medicijnen, terugbestellen en verwijzen (percentages van het aantal klachten)

| | Medicijnen voorge- schreven | Onvoor- waarde- lijk terug- bestellen | Verwijzing | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---|------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | | | specia- list* | fysio- thera- peut | maat- schap- pelijk werk |
| solo-arts | | | | | |
| arts 2 | 41.7 | 32.5 | 8.7 | 1.0 | 0.1 |
| arts 5 | 48.3 | 35.7 | 7.9 | 2.0 | 0.0 |
| solo-arts en hometeam | | | | | |
| arts 6 | 39.7 | 34.4 | 6.3 | 3.7 | 0.2 |
| arts 8 | 53.9 | 26.2 | 6.2 | 2.5 | 0.1 |
| duopraktijk | | | | | |
| arts 4 | 44.6 | 26.6 | 6.7 | 2.8 | 0.1 |
| gezondheidscentrum | | | | | |
| arts 1 | 33.9 | 23.5 | 1.3 | 1.0 | 0.3 |
| arts 3 | 46.0 | 27.7 | 3.4 | 1.8 | 0.2 |
| arts 7 | 36.7 | 27.1 | 5.4 | 3.2 | 0.5 |
| Totaal | 44.6 | 28.1 | 5.9 | 2.3 | 0.2 |

* het gaat hier alleen om zogenaamde actieve verwijzingen; verlengingsverwijzingen, refractieverwijzingen, achterafverwijzingen en verwijzingen op initiatief van een specialist zijn niet meegeteld.

De solo-artsen en een solo-arts in een hometeam bestellen hun patiënten het meest terug.

Twee van de drie huisartsen van gezondheidscentra verwijzen weinig naar fysiotherapie, evenals de twee solo-artsen.

Naar het maatschappelijk werk wordt maar weinig actief verwezen. De huisartsen in gezondheidscentra verwijzen relatief het meest.

De cijfers van arts 1 illustreren duidelijk dat het niet altijd nodig is dat weinig verwijzen naar specialisten wordt gecompenseerd door veel verwijzen naar fysiotherapie e.d. Deze arts krijgt het voor elkaar een zeer laag verwijspercentage te hebben, weinig medicijnen voor te schrijven, weinig naar fysiotherapie te verwijzen en

ook nog weinig onvoorwaardelijk terug te bestellen.

Van substitutie van verwijzingen naar specialisten blijkt hier dus niets. Ook niet als we meer specifiek naar afzonderlijke specialismes kijken. In tabel 2.11 vergelijken we het totaal aantal verwijzingen (machtigingen) naar fysiotherapie en het aantal verwijzingen naar orthopedie en neurologie.

Tabel 2.11.: verwijzingen (inclusief de zgn. administratieve verwijzingen fysiotherapie, orthopedie en neurologie) in percentages van het aantal klachten

| | verwijzingen fysiotherapie | verwijzingen orthopedie | verwijzingen neurologie |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| solo-arts | | | |
| arts 2 | 3.9 | 0.6 | 0.2 |
| arts 5 | 2.0 | 0.6 | 0.8 |
| solo-arts in hometeam | | | |
| arts 6 | 3.5 | 1.1 | 0.1 |
| arts 8 | 2.6 | 0.6 | 0.3 |
| duopraktijk | | | |
| arts 4 | 2.5 | 0.7 | 0.6 |
| gezondheidscentrum | | | |
| arts 1 | 1.0 | 0.1 | 0.1 |
| arts 3 | 1.8 | 0.4 | 0.2 |
| arts 7 | 3.4 | 0.2 | 0.2 |

Neurologie vergelijken we naast orthopedie, aangezien vooral aandoe-ningen aan de wervelkolom naar de neuroloog verwezen worden. Een li-neair verband tussen de hoogte van de verwijspercentages valt niet te onderkennen. Wel zien we dat de artsen uit gezondheidscentra wei-nig naar orthopedie en neurologie verwijzen. Arts 7 verwijst vrij veel naar fysiotherapeuten en arts 1 en 3 juist heel weinig. Arts 6 verwijst zowel veel naar de fysiotherapeut als naar de orthopeet. Op basis van ziekenfondsgegevens kon overigens vastgesteld worden, dat voor de patiënten van arts 7 in verhouding weinig fysiotherapeuti-sche behandelingen per verwijzing werden gedeclareerd.

2.8. Consultatie via ad-hoc contacten

De niet gestructureerde samenwerking is voor een huisarts die in veel gevallen snel moet beslissen over de verdere gang van zaken met een patiënt een goede mogelijkheid om snel een besluit te kunnen nemen dat getoetst is aan de mening van andere hulpverleners.

Het aantal ad-hoc contacten dat tijdens het arts-patiënt consult, danwel direkt aansluitend plaatsvindt, is slechts gering. We hebben daarom in tabel 2.12 het overleg per 1000 klachten weergegeven en geen verdere uitsplitsingen gemaakt naar discipline, of aard van het contact.

Tabel 2.12.: overleg met andere hulpverleners tijdens consult in promillages 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 hometeam | | | | |
| arts 6 | 10.0 | 0.7 | 8.6 | 2.1 |
| arts 8 | 5.4 | 0.0 | 4.8 | 0.0 |
| duopraktijk | | | | |
| 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 |
| Totaal | 7.1 | 2.4 | 3.1 | 2.4 |

De specialist wordt gemiddeld nog het meest gebeld; sommige artsen bellen voor 1% van de aangeboden klachten een specialist. Samenwerking met hulpverleners in de eerstelijns bevordert duidelijk het aan-

tal contacten tijdens de consulten. De contacten met huisarts collega's van de 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 was 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 bij de samenwerkende artsen in de meeste gevallen een consultatief karakter dragen. Ook de vraag of verwijzing werd overwogen in verband met het contact met een andere hulpverlener werd slecht 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. Als we alleen de consultaties beschouwen van collega huisartsen om beter een diagnose te kunnen stellen en/of een behandeling te kunnen instellen, blijkt steeds 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) komt een dergelijk geval overigens maar vijf keer voor (driemaal bij arts 3; éénmaal bij arts 4 en 5). Het zal niet altijd nodig zijn om al tijdens het art-patiënt consult een collega huisarts (of een specialist) te consulteren. 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, zullen niet alle consultatieve contacten gevallen betreffen waarbij een mogelijke verwijzing in het spel is. Gedurende twee weken zijn alle contacten buiten de spreekuren bijgehouden. Hieronder zullen we de ad-hoc consultaties met

collega huisartsen uitvoerig bespreken, de contacten met andere eerstelijns hulpverleners kort. Een complete beschrijving van alle regelde en ad-hoc contacten in de eerstelijns en contacten met specialisten zijn te vinden in Bijlagen D en E.

Met collega huisartsen vindt gedurende twee weken regelmatig overleg plaats. In de meeste gevallen betreft dat echter informatie-overdracht in het kader van waarneemsituaties. De solo-artsen 2 en 5 hebben zelfs uitsluitend dergelijke contacten (acht respectievelijk zeven keer). De solo-artsen in een hometeam (6 en 8) hebben slechts één zo'n ad-hoc contact (arts 8). De beide artsen in een duopraktijk hebben géén contacten over waarneemsituaties. De drie huisartsen in gezondheidscentra een enkele maal. Arts 1 heeft vijfmaal contact met collega's over de waarneming. Arts 3 éénmaal en arts 7 géén contact. Anderssoortige ad-hoc contacten komen alleen bij de artsen voor die tenminste monodisciplinair samenwerken. Arts 4 die de praktijk samen met zijn echtgenote voert, legt tweemaal een probleem voor met de bedoeling een "second opinion" te krijgen.

Arts 1 heeft naast de waarnemingsgevallen nog veertien ad-hoc contacten met collega's betreffende patiëntenzorg. In zes gevallen zijn die contacten informatief. Een huisarts die op het punt staat met vakantie te gaan, geeft instructie over de behandeling van twee patiënten voor het geval deze op het spreekuur mochten komen. Bij andere gevallen is het contact scholend (informatie over de toepassing van speciale steunzolen en het "showen" van een zelden voorkomende schaamluis). Ook de effectiviteit van haptonomie komt tijdens een koffiepauze aan bod.

In acht gevallen wordt er advies gevraagd.

Arts 1 wordt zelf vijf keer geconsulteerd, terwijl hijzelf drie keer een collega raadpleegt. In één geval kan gesproken worden van het voorkomen van een verwijzing; een patiënt met een specifieke schimmelinfectie van de huid kon met behulp van consultatie gediagnostiseerd worden.

Arts 3 heeft drie gevallen waarbij sprake is van advisering over diagnose en behandeling. Éénmaal wordt uitsluitend informatie doorgegeven.

Arts 7 vraagt zes keer in twee weken om een "second opinion" (één keer wordt nadrukkelijk een verwijzing overwogen). Als voorbeeld noemen we de behandeling van een geval van kinkhoest en de medicijnkeuze bij een huidaandoening.

Daarnaast vinden nog vier contacten plaats betreffende de problema-

tiek rond het verzoek van een patiënt om euthanasie. Met de collega huisarts wordt onder meer samen met de betreffende patiënt een gesprek gevoerd. Tenslotte wordt nog éénmaal overlegd over het dienstrooster. Het verschil tussen de artsen in een gezondheidscentrum en de anderen is hier ook overduidelijk voor wat betreft de consultaties met collega huisartsen (we zien daarbij af van de informatieve contacten na waarneemsituaties). Wat verder opvalt is dat de huisartsen in gezondheidscentra zich niet onderscheiden door het hebben van consultatieve contacten met specialisten. 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 geregelde contacten te hebben. De solo-artsen in een hometeam; hebben veel ad-hoc contacten. 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 hometeam 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 bij uitstek voor geschikt.

2.9. 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 2.13. hebben we de consultaties met collega huisartsen en internisten weergegeven in relatie met het ziekenfondsverwijscijfer voor interne geneeskunde en het door ons geregistreerde aantal verwijzingen naar interne geneeskunde per 100 klachten. In de gegevens is weliswaar sprake van enige vertekening, door de vermenigvuldiging met een factor vijf van de contacten die tijdens twee weken buiten de spreekuren hebben plaatsgevonden.

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

Tabel 2.13.: aantal* ad-hoc contacten en consultaties van huisartsen onderling en met internisten, vergeleken met het ziekenfondsverwijscijfer voor interne geneeskunde en het aantal verwijzingen per 100 klachten

| | collega-artsen | | internisten | | verwijzingen interne genees- kunde | |
|-----------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|--|------------------------|
| | contac- ten | consul- taties | contac- ten | consul- taties | zieken- fonds | per 100 klachten |
| solo-arts | | | | | | |
| arts 1 | 40 | 0 | 5 | 0 | 137 | 1.4 |
| arts 5 | 40 | 1 | 31 | 0 | 46 | 2.0 |
| solo-arts in hometeam | | | | | | |
| arts 6 | 1 | 0 | 3 | 0 | 45 | 0.6 |
| arts 8 | 5 | 0 | 7 | 0 | 61 | 0.6 |
| duopraktijk | | | | | | |
| arts 4 | 12 | 11 | 23 | 10 | 43 | 0.4 |
| arts 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 54 | 0.5 |
| gezondheidscentrum | | | | | | |
| arts 1 | 123 | 15** | 2 | 0 | 20 | 0.1 |
| arts 3 | 30 | 18 | 2 | 0 | 18 | 0.2 |
| arts 7 | 63 | 30 | 2 | 0 | 26 | 0.1 |
| gemiddeld | 35 | 8 | 8 | 1 | 50 | 0.7 |

* aantal per 10 weken. Gegevens die gedurende twee weken zijn verzameld, zijn vermenigvuldigd met 5.

** consultaties tijdens spreekuren zijn bij deze arts niet te onderscheiden.

voor interne geneeskunde. Het grote aantal contacten van arts 2 en arts 5 betreft zoals gezegd uitsluitend informatieverstrekking in verband met waarneemsituaties. Moeilijker is het iets te zeggen over de contacten met internisten. Het is natuurlijk zo dat wanneer je als huisarts veel patiënten verwijst, er ook een grotere kans is dat je een contact (over bijvoorbeeld organisatorische kwesties) met de betreffende internist hebt. Dat geldt wellicht niet voor de consultatieve contacten. Van arts 4 weten we dat hij contacten onderhoudt

met een internist, die een duidelijk consultatief karakter hebben (zie bijlage E). Het verwijscijfer van deze arts is, uitgedrukt in het aantal verwijzingen per 100 contacten, relatief laag te noemen, in vergelijking met de andere artsen in een solo- of duopraktijk.

2.10. De rol van de assistente

Bij een aantal gegevens die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest kwam hier en daar de rol van de assistente naar voren als een belangrijke factor, vooral met betrekking tot het aantal verlengingsverwijzingen en machtigingen fysiotherapie. Over het algemeen wordt in het onderzoek naar het handelen van de huisarts nauwelijks aandacht besteed aan de organisatie in de praktijk en de taakverdeling tussen huisarts en assistente.

In het kader van dit onderzoek kunnen we overigens niet diepgaand op deze problematiek ingaan, omdat de aandacht naar andere vraagstelling uitging. We hebben daarom niet van iedere huisarts-assistente combinatie een volledig beeld.

Van twee huisartsen waarvan de één (arts 1) de hoogste verwijscijfers en de ander (arts 2) de laagste verwijscijfers heeft, hebben we wel een goed beeld.

Alhoewel arts 1 in een gezondheidscentrum werkt waar vier praktijk-assistentes werkzaam zijn, heeft arts 1 een eigen assistente. Dat betekent onder meer dat de patiënten van arts 1 voor telefonische vragen in principe bij die assistente terecht kunnen. Door die vaste relatie kan de assistente een deel van die telefoontjes zelf afwerken. Zo niet, dan wordt een afspraak gemaakt voor het spreekuur, of - wat relatief vaak gebeurt - direct doorverbonden met arts 1.

Na het spreekuur, spreken arts en assistente gedurende een half uur de telefoontjes door. Herhalingsrecepten en verlengingsverwijskaarten worden besproken en getekend. De teruggekomen laboratorium- en röntgenuitslagen worden doorgenomen, waarbij de assistente wordt geïnstrueerd welke informatie aan de patiënt verstrekt moet worden.

Naast de normale administratieve taken beheren de assistentes van het betreffende centrum ook een uitgebreid laboratorium en wordt aan wondbehandeling gedaan. Arts 1 sluit het minst van de bij dit onderzoek betrokken huisartsen het consult af met een recept.

Jammergenoeg zijn van deze arts geen gegevens beschikbaar over de gemiddelde kosten per verzekerde.

De assistente van arts 2 heeft naast de gebruikelijke administratieve

ve taken een belangrijke rol in het uitschrijven van recepten (vooral herhalingsrecepten) en verlengingsverwijskaarten. Tijdens de koffiepauze worden de recepten en verwijskaarten door arts 2 in een snel tempo gecontroleerd en ondertekend. Het grote aantal herhalingsrecepten dat op deze wijze wordt verwerkt, leidt ertoe dat arts 2 relatief weinig recepten tijdens het spreekuur uitschrijft. Wat de totale kosten voor geneesmiddelen per verzekerde betreft zit arts 2 duidelijk boven het landelijk gemiddelde (arts 2: f. 143,--; landelijk f. 116,--).

Een ander voorbeeld van de invloed van een assistente vinden we bij arts 5. Deze arts heeft geen assistente. Weliswaar schrijft deze arts per 100 klachten relatief veel voor, maar de kosten per verzekerde liggen laag (f. 57,--). Ook het aantal machtigingen fysiotherapie is laag bij deze arts. Arts 5 houdt blijkbaar goed zicht op dergelijke verstrekkingen.

Het lijkt er dus sterk op, dat een goede samenwerking met de assistente tot besparingen kan leiden, vooral waar het gaat om herhalingsrecepten, 2e en 3e machtigingen fysiotherapie en verlengingsverwijzingen. Onderzoek naar de rol van de assistente bij het uitschrijven van recepten is in Nederland verricht door Haaijer-Ruskamp e.a. (1985): Tijdens face to face contacten tussen huisarts en patiënt werd duidelijk minder voorgeschreven dan bij contacten die door assistentes werden behandeld. Aangezien dat het sterkst tot uiting kwam bij patiënten die met hun problemen op herhaling komen, sluiten deze resultaten aan bij onze observaties.

2.11. Samenvatting

Van de verschillende aspecten die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest en waarbij een duidelijk verschil tussen de praktijkvorm is geconstateerd, hebben we de rangorde vastgesteld. De weergave is te vinden in tabel 2.14. De drie artsen uit gezondheidscentra onderscheiden zich wat een aantal aspecten betreft duidelijk van de andere artsen. Ze hebben het geringste aantal 65-plussers in de praktijk. De praktijken zijn ook minder omvangrijk. Visites worden door deze artsen het minst afgelegd. Röntgenverrichtingen worden daarentegen het meest door artsen in gezondheidscentra aangevraagd. Ook onderlinge consultaties vinden duidelijk het meest bij deze artsen plaats.

Tabel 2.14.: rangorde van de huisartsen voor wat betreft de belangrijkste behandelde aspecten (1 = veel, 8 = weinig)

| | Solo-arts | | solo-arts in hometeam | | duopraktijk | gezondheids- centrum | | |
|-----------------------------|-----------|--------|--------------------------|--------|-------------|-------------------------|---|---|
| | arts 2 | arts 5 | arts 6 | arts 8 | arts 4 | arts 1, 3, 7 | | |
| Praktijkenmerken | | | | | | | | |
| Percentage | | | | | | | | |
| 65-plussers | 1 | 4 | 2 | 5 | 3 | 6 | 7 | 8 |
| ziekenfonds- verzekerden | 3 | 2 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 6 |
| praktijk- grootte | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 | 7 | 8 | 6 |
| consulten | | | | | | | | |
| consultfre- quentie | | | | | | | | |
| telef. cons. | 7 | 3 | 4 | 6 | 8 | 1 | 3 | 5 |
| visites | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | - | 7 | 6 |
| % eerste cons. | 4 | 8 | 1 | 5 | 7 | 6 | 3 | 2 |
| % psych.soc. | - | 6 | 1 | 3 | 5 | - | 2 | 4 |
| lab. gebruik | 8 | 4 | 5 | 2 | 7 | 6 | 1 | 3 |
| röntgen | 7 | 6 | 4 | 5 | 7 | 2 | 1 | 3 |
| medicijnen | | | | | | | | |
| voorgeschreven | 5 | 2 | 6 | 1 | 4 | 8 | 3 | 7 |
| % terugbesteld | 3 | 1 | 2 | 7 | 6 | 8 | 4 | 5 |
| Verwijzingen | | | | | | | | |
| specialist | 1 | 2 | 4 | 5 | 3 | 8 | 7 | 6 |
| fysiotherapeut | 1 | 5 | 2 | 3 | 4 | 8 | 7 | 6 |
| internist | 1 | 3 | 4 | 2 | 5 | 7 | 8 | 6 |
| onderlinge | | | | | | | | |
| consultaties | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Het aantal verwijzingen, zowel naar specialisten als naar fysiotherapeuten is het laagst.

De multidisciplinair samenwerkende artsen, de solo-artsen in home-teams nog meer dan de artsen in gezondheidscentra, zien meer klachten als psychosociaal dan de overige artsen.

Enige samenhang tussen de verschillende variabelen is wel te onder-

kennen. De praktijksamenstelling en met name het percentage 65-plussers heeft zeker effect op het percentage visites: Ook voor het verwijdsniveau geldt, dat het percentage 65-plussers een deel van de verschillen kan verklaren.

Een andere manier van werken, welke tot uiting komt in een groter gebruik van röntgenverrichtingen, veelvuldiger gebruik van de mogelijkheid tot consultatie van collegahuisartsen en het vaker definiëren van klachten als psycho-sociaal, zal waarschijnlijk voor een belangrijk deel debet zijn aan de lagere verwijscijfers en het geringe aantal machtigingen fysiotherapie.

2.12. Conclusie

Uit de cijfers komt duidelijk naar voren dat de multidisciplinair samenwerkende huisartsen in deze studie en vooral de artsen in gezondheidscentra er een andere manier van werken op na houden hetgeen op een aantal punten meetbaar is. Met betrekking tot het aanvragen van röntgendiagnostiek, blijkt zowel uit deze studie, als uit gegevens van de gezondheidsenquête (Deel II), dat huisartsen in gezondheidscentra dat inderdaad meer doen. De verschillen met betrekking tot laboratoriaaanvragen zijn minder duidelijk, maar ook daar kan evenals in Engeland (Dowie, 1983) sprake zijn van een groter gebruik door artsen in gezondheidscentra. In een onderzoek naar de verklaring van verschillen in verwijscijfers moet deze variabele daarom zeker worden onderzocht. In eerste instantie zou een onderzoek verricht kunnen worden waar een statistische relatie gelegd wordt tussen het aantal aanvragen en het aantal verwijzingen op basis van gegevens van ziekenfondsen. De veronderstelling kan daarbij zijn dat deze relatie wel geldt voor huisartsen in gezondheidscentra, maar niet voor huisartsen in solosituaties.

Meer duidelijkheid over het mechanisme kan alleen verkregen worden wanneer ook inhoudelijke gegevens rond de aanvraag beschikbaar zijn met een longitudinaal karakter, zoals de reden van de aanvraag (geruststelling patiënt; ter controle van een chronische ziekte bijvoorbeeld) en wat er na de diagnostieaanvraag gebeurd (therapie, of toch verwijzing naar de specialist).

Hetzelfde geldt ook voor de onderlinge consultatie. De vraag laat zich daarbij stellen of de consultatie inderdaad de veronderstelde effecten op de onzekerheid heeft. Onderzoek naar onderlinge consultatie dient zich niet te beperken tot consultatie tijdens het spreekuur, maar ook consultaties in bijvoorbeeld koffiepauzes zijn

van belang. Er moet gelet worden op een scherpe definitie van consultatie, aangezien de actieve huisarts veelvuldig overleg pleegt. Onderzoek naar de rol van de assistente in het huisartsenwerk kan gezien deze casestudie wel eens belangrijke resultaten opleveren met betrekking tot een verklaring voor de variantie in verwijscijfers, machtigingen fysiotherapie en het voorschrijven van medicijnen. Aangezien het in deel II niet goed mogelijk bleek op patiëntniveau verschillen in verwijspercentages vast te stellen tussen verschillende praktijkvormen, is het niet ondenkbaar dat de verschillen te vinden zijn in verlengingsverwijzingen, herhaalmachtigingen fysiotherapie en herhalingsrecepten, welke in veel gevallen door de assistente worden afgehandeld.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 1 DEEL IV.

1. In het onderzoek worden alle overlegvormen betrokken die in het gezondheidscentrum of de groepspraktijk voorkomen. Daar waren ook een aantal overlegsituaties bij waar de huisartsen niet bij betrokken waren. Die zullen hier verder buiten beschouwing blijven.
2. Omdat in veel gezondheidscentra zogenaamde teamvergaderingen worden gehouden, waarbij zowel patiëntenzorg als organisatorische zaken aan de orde komen, is daarbij moeilijk een scheiding te maken tussen overleg gericht op zorgverlening en organisatorisch overleg.
3. Strikt genomen is er bij deze vorm van overleg geen sprake van 'gestructureerd overleg'. We hebben deze categorie toch opgenomen, omdat de grens met andere vormen van overleg soms moeilijk te trekken is. In de vragenlijst werd bovendien de mogelijkheid geboden 'overig' en 'ad hoc'-overleg te noteren; daarmee wilden we het risico vermijden dat huisartsen dergelijk overleg in de andere categorieën zouden plaatsen.

NOTEN BIJ HOOFDSTUK 2 DEEL IV.

1. Alleen het aantal particuliere patiënten van arts 1 en arts 3 berust op een schatting. Het aantal particulieren van deze artsen was dermate gering en de betrouwbaarheid zo twijfelachtig, dat een telling zinloos werd geacht.
2. Met de artsen werd afgesproken dat niet alle telefoongesprekken geregistreerd zouden worden (de belasting zou te hoog worden). Alleen telefonische gesprekken die een consult vervangen, werden genoteerd, met andere woorden als de huisarts het telefonisch consult zou declareren volgens de normen van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

DEEL V

DISCUSSIE

1. INLEIDING

In de voorgaande delen van dit proefschrift werd "samenwerking" meestal geoperationaliseerd als praktijkvorm. In deel IV werd de intensiteit van het inhoudelijk patiëntenoverleg in verschillende samenstellingen als verklarende factor voor de hoogte van verwijscijfers gebruikt en werd daarnaast in een casestudie getracht meer zicht te krijgen op het vóórkomen van samenwerking in het dagelijkse handelen van de huisarts.

In de verschillende deelonderzoeken werd steeds de statistische samenhang tussen de operationalisatie van samenhang en verwijscijfers¹ onderzocht. Daarbij werd successievelijk de invloed van een aantal mogelijk interveniërende variabelen uitgeschakeld. Steeds bleef de relatie tussen praktijkvorm en verwijscijfers bestaan. Ook de samenhang tussen monodisciplinaire samenwerking en verwijscijfers kon worden aangetoond, al bleek de relatie niet simpel lineair te zijn.

Aangezien een statistische samenhang niet zonder meer gelijkgesteld mag worden aan een causale relatie, mag strikt genomen uit het hiervoor behandelde onderzoek niet geconcludeerd worden dat de samenwerking de oorzaak is van lagere verwijscijfers. We willen er hier op wijzen, dat ons onderzoek een transversaal karakter heeft. De volgtijdelijkheid van het samenwerken en lagere verwijscijfers zou bijvoorbeeld wel aangetoond kunnen worden door een onderzoek te doen naar het verwijspatroon van huisartsen die zijn overgegaan van een solopraktijk naar een samenwerkingsverband. Wanneer de betreffende huisartsen dezelfde praktijkpopulatie hebben behouden, verandert alleen de factor samenwerking en mag een eventuele verlaging van het verwijscijfer als causaal effect beschouwd worden (mits natuurlijk ook andere factoren (konstant blijven). Het aantal gevallen waarbij aan een dergelijke voorwaarde wordt voldaan bleek echter te beperkt van omvang.

Een voorwaarde die vervuld moet zijn, voordat de conclusie dat er sprake is van een causaal verband getrokken mag worden, is de aanwezigheid van een (algemeen geldige) theorie op basis waarvan het verband verklaard kan worden.

Een theoretische uiteenzetting voorafgaand aan de probleemstelling ontbreekt goeddeels in dit proefschrift. Voor het onderzoek was dat ook niet noodzakelijk; de onderzoeksvragen waren concrete praktijk-

gerichte onderwerpen. Het zou gekunsteld aandoen een theoretische verhandeling te schrijven en vandaaruit achteraf de vraagstellingen te formuleren.

Nadat we in de voorgaande delen hebben vastgesteld dat de relatie tussen het samenwerken en de lagere verwijscijfers statistisch houdbaar is, willen we op de volgende bladzijden de relatie ook begrijpbaar maken door haar theoretisch te onderbouwen.

In de inleidende paragrafen van dit proefschrift hebben we reeds aandacht geschonken aan de begrippen samenwerken en verwijzen. Voor het formuleren van theoretische verklaringen voor verschil in verwijscijfers is het goed de context waarin het verwijzen plaatsvindt hier in het kort te beschrijven. Vooral het gegeven dat de huisarts zorg verleent met een generalistisch karakter en formeel gesproken een centrale rol vervult in het stelsel van de gezondheidszorg is van belang. De huisarts treedt op als 'poortwachter' voor de tweedelijnsgezondheidszorg en moet doorlopend beslissingen nemen in de trant van: 'Wel of niet behandelen', 'wel of niet zelf behandelen'. In veel gevallen moeten deze beslissingen genomen worden op korte termijn en op basis van vage klachten. Onzekerheid speelt in het handelen van de huisarts een belangrijke rol; dat brengt het generalistische karakter nu eenmaal met zich mee.

De beslissingen van de huisarts spelen zich af in een subtiel krachtenveld, waarbij de huisarts zowel rekening moet houden met de patiënt en diens gezin als met zijn relatie met andere hulpverleners in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Dit laatste laat overigens onverlet dat de huisarts - ook in gezondheidscentra - een zelfstandige beroepsbeoefenaar is.

We moeten dus, met betrekking tot het handelen van de huisarts en vooral met betrekking tot het verwijzen, een theorie over keuze- en beslissingsgedrag opstellen. We zullen daarbij een variant moeten gebruiken die kan verklaren waarom samenwerkende huisartsen soms andere beslissingen nemen (minder verwijzen) dan solo-artsen.

Er zal ook rekening gehouden moeten worden met het gegeven dat de beslissingen door een 'professional' genomen worden. Dat is van belang, omdat beslissingstheorieën veelal zijn ontwikkeld op basis van experimenten met 'gewone' proefpersonen. Het is denkbaar dat voor professionals algemene theorieën minder goed toepasbaar zijn.

De empirische gegevens uit de voorgaande delen gebruiken we om de plausibiliteit van de theoretische veronderstellingen aan te geven.

Daarnaast maken we gebruik van de resultaten van andere Nederlandse onderzoeken op dit terrein en bovendien van de relatief omvangrijke literatuur betreffende Health Maintenance Organisations (HMO's) uit de Verenigde Staten van Amerika.

De HMO's worden gekenmerkt door groepspraktijken die voornamelijk op contractbasis eerstelijns hulp verstrekken 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 het HMO-onderzoek toch interessant. Eén van de belangrijkste onderzoeksvragen in de Amerikaanse situatie is namelijk hoe het lagere opname- en verpleegduurcijfer van HMO-artsen verklaard kan worden.

2. DE VERWIJSBESLISSING

Het verwijzen valt theoretisch het best te benaderen vanuit de optiek van de beslissingstheorie.

Door Vlek en Wagenaar (1976) wordt een beslissingsprobleem gedefinieerd als een situatie waarin een discrepantie bestaat tussen de bestaande toestand en een gewenste toestand, terwijl het subject over de motivatie en de middelen beschikt om daaraan eventueel iets te doen, waarbij de gevolgen onomkeerbaar en geheel of gedeeltelijk onzeker zijn.

Van beslissingstheorieën bestaan vele varianten en het vermoeden is aanwezig, dat een allesomvattende theorie wellicht onbestaanbaar is, omdat daarvoor geen consistente regels bestaan (Roskam, 1985).

Een belangrijke indeling in de verschillende varianten van de keuzetheorie wordt gevormd door de vraag of de keuze al dan niet risico met zich draagt. Een speciale onderverdeling daarbij, zijn de beslissingen waarbij onzekerheid een rol speelt.

In het geval van verwijsbeslissingen kan gesteld worden dat de consequenties van de verwijzing bij voorbaat niet zeker zijn. Meestal zijn er na een verwijzing een aantal mogelijke uitkomsten. Dat betekent dat de onzekerheid in het keuzegedrag van de huisarts een grote rol speelt en dat aangesloten moet worden bij theorieën over risicovolle keuzes.

Bij een beslissing rond een onzekere verwijzing is er sprake van verschillende soorten van risico's:

- Wanneer ten onrechte niet wordt verwezen kan de gezondheid van de patiënt ernstig in gevaar komen.
- Wanneer onnodig wordt verwezen loopt de patiënt het risico van introgene aandoeningen.
- De relatie met patiënten en/of specialisten kan ernstig verstoord raken bij een verkeerde verwijsbeslissing.

De meeste theorieën zijn echter gebaseerd op risicoloze keuzes. Dat vindt zijn oorzaak door de premisse, dat mensen rationele keuzes maken. Ook in het geval van riskante keuzes wordt er door vele theoretici vanuit gegaan dat een persoon de onzekerheden kan berekenen en tevens de waarde kan schatten van aan de ene kant een positieve uitkomst en aan de andere kant een negatieve uitkomst. Aangezien deze theorieën gebaseerd zijn op onderzoek naar kansspelen, zijn ze voor ons doel minder geschikt.

In een engelse studie naar verwijsbeslissingen ontwikkelt Dowie

(1983) een model op basis van een keuzetheorie van Janis en Mann (1977). De theorie van Janis en Mann gaat ervan uit, dat de mens tot beslissingen komt op basis van oppervlakkig onderzoek en vertekende informatievoorziening, zodat er een gereede kans op blunderen is. Janis en Mann zien "man not as a rational calculator always ready to work out the best solution, but as a warm blooded mammal and a reluctant decision maker, beset by conflict, doubts and worry, struggling with incongruous longings, antipathies and loyalties, and seeking relief by procrastinating, rationalising or denying responsibility for his own choices" (citaat Janis en Mann, 1977, blz 15 in Dowie, 1983, blz 126).

In het werk van Janis en Mann wordt aandacht geschonken aan manieren waarop iemand tot een verantwoorde en hoogwaardige beslissing kan komen. Ook de "coping patterns" welke door een individu worden gehanteerd in beslissingssituaties waar psychologische spanning wordt opgeroepen, komen ruim aan bod. Zoals we verderop zullen zien kan met die laatste aanpak een verklaring gevonden worden voor een terughoudend verwijsbeleid bij samenwerkende huisartsen.

Het proces waarbinnen een beslisser in onzekere situaties tot hoogwaardige beslissingen kan komen, moet volgens Janis en Mann aan zeven belangrijke criteria voldoen.

De beslisser:

1. Onderzoekt kritisch en zorgvuldig alternatieve gedragslijnen;
2. gaat alle doelstellingen na;
3. weegt zowel de kosten en risico's van negatieve consequenties zorgvuldig, als de positieve consequenties van ieder alternatief;
4. zoekt intensief naar nieuwe informatie;
5. neemt op correcte wijze alle nieuwe informatie in zich op;
6. onderzoekt opnieuw de positieve en negatieve consequenties van alle bekende alternatieven;
7. treft gedetailleerde voorzorgsmaatregelen voor het uitvoeren van de gekozen gedragslijn, inclusief alternatieven voor het geval een bepaald onzeker risico verwezenlijkt wordt.

Wanneer bij het nemen van een beslissing aan een van deze criteria niet wordt voldaan, is er sprake van een gebrekkige beslissing.

Alhoewel een aantal van deze criteria nogal ideaaltypisch aandoen, is tegelijk ook duidelijk, dat op basis van deze criteria het gedrag rond een verwijsbeslissing van een huisarts goed beschreven en begrepen kan worden. Het derde criterium bijvoorbeeld houdt in, dateen huisarts, voordat hij een definitieve beslissing neemt over een on-

derwerp, stilzwijgend vaststelt hoeveel van zijn tijd, energie en geld hij wil steken in het zoeken naar en het overpeinzen van de informatie over de verschillende alternatieven; hoeveel druk van de patiënt aan de ene kant en hoeveel verlies aan prestige bij de specialist aan de andere kant hij bereid is te nemen. In het geval van verwijzingen zal een huisarts zich afvragen welke informatie nog verkregen kan worden tegen welke kosten en welke termijn; evenzo zal hij zich afvragen of hij wel deskundig genoeg is om de informatie te kunnen interpreteren, danwel de patiënt zelf te kunnen behandelen danwel de behandeling over te moeten laten aan de specialist met een grotere deskundigheid.

Volgens De Melker (1979) wordt het verwijscijfer van een huisarts voor een belangrijk deel bepaald door zijn onzekerheidstolerantie. Het verzamelen van meer informatie in de vorm van eigen onderzoek, of via laboratorium en röntgenonderzoek vormt een belangrijk onderdeel van het huisartsenwerk. Vanuit het oogpunt van de besliskunde is het (laten) verrichten van diagnostisch onderzoek dus een uiting van het nemen van een verantwoorde beslissing omtrent een verwijzing. Daarnaast kan het ook uitgelegd worden als het nemen van het risico een patiënt ten onrechte niet direct te verwijzen.

Janis en Mann benadrukken de cognitieve conflicten die gepaard gaan met het nemen van verwijsbeslissingen. Zij onderscheiden een aantal mechanismes waarmee de risico's draagbaar gemaakt worden, of om het anders te formuleren om de onzekerheid te reduceren.

De bedoelde mechanismes zijn:

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

In het besluitvormingsmodel dat Dowie construeert, worden deze manieren om met onzekerheden om te gaan in een hiërarchisch systeem verwerkt, waarbij de eerste twee manieren 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.

Met behulp van de keuzetheorie en de mechanismes om met onzekerheid om te gaan kunnen heel goed verschillen tussen huisartsen voorspeld en verklaard worden. In de volgende paragraaf zullen we zien dat ook het verschil tussen samenwerkende artsen en solo-artsen zo verklaard kan worden.

3. DE MEERWAARDE VAN SAMENWERKING

3.1. Onzekerheidstolerantie

Een aantal mechanismes om met onzekerheden rond bijvoorbeeld verwijsbeslissingen om te gaan, kunnen door samenwerkende artsen gemakkelijker gehanteerd worden dan door solo-artsen. Vooral de derde manier van "coping" (defensive avoidance) geeft daarvoor aanknopingspunten.

Peterson (1978) onderscheid naar aanleiding van een onderzoek binnen een zelfhulpkliniek 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 (1971), die beschrijft hoe ritueel gedrag ontstaat in situaties waarvoor geen duidelijke gedragscriteria bestaan (blz. 322) en over het belang van "detachment" bij professionalisering (blz. 378).

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

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

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 casebesprekingen een controle achteraf mogelijk wordt zonder dat een verwijzing heeft plaatsgevonden.

Het spreiden van risico is bij uitstek een mogelijkheid die samen-

werkende huisartsen hebben. De bij de case studie naar voren gekomen mogelijkheid tot het vragen van een "second opinion" (ook een vorm van controle) en onderlinge consultatie, zijn daar duidelijk uitingen van. Deze vorm van risico spreiden betekent niet dat samenwerkende artsen de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt delen met hun collega's, maar dat zij door hem bij een risicovolle beslissing te betrekken, meer zekerheid voor zichzelf kunnen creëren. Perinhana Yagaim (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 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 artsen met een solopraktijk zien als "inherent aan het werk" en zullen zich daardoor minder snel persoonlijk ervoor verantwoordelijk voelen².

Samenwerking met het doel de - aan het huisartsenwerk zo inherente - onzekerheid beter aan te kunnen, heeft tevens tot gevolg dat er in samenwerkingsverbanden **cumulatie van kennis** optreedt. Door veel onderlinge contacten kan de kennis over ziektebeelden die in een normale praktijk nauwelijks of niet voorkomen en behandelingsmogelijkheden vergroot worden. Doordat die 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 hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, constateerden we bij de huisartsen in gezondheidscentra inderdaad een aantal voorbeelden van kennisoverdracht (zie de bijlage bij hoofdstuk 2, deel IV).

Uiteraard is er bij dagelijkse contacten niet direct sprake van dat een verwijzing wordt vermeden. Dat kan echter wel gebeuren wanneer een collega wordt geconsulteerd over 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 de case studie (hoofdstuk 2 deel IV) bleek bij het consulteren slechts in enkele gevallen een verwijzing te zijn overwogen.

Verhelderend is een onderzoek van Williamson (1975). Hij heeft bij een steekproef van 140 artsen onderzocht welke kennis ze hebben van een recent op de markt verschenen geneesmiddel. Samenwerkende artsen blijken niet eerder op de hoogte te zijn van het bestaan van het ge-

neemiddel. Zij zijn wel 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.

Hier is overigens vooral 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 gericht kunnen plaatsvinden.

Uit de case studie samenwerking en een OSA-rapport (Bertels, e.a., 1985) blijkt dat het aantal verwijzingen naar fysiotherapie waarschijnlijk niet lager is bij samenwerkende artsen, maar wel het aantal gedeclareerde verrichtingen³.

3.2. Sociale vergelijkingstheorie

Komen we terug op de samenwerking als mogelijkheid tot reductie van de onzekerheid. Deze mechanismes zijn goed te begrijpen volgens de sociale vergelijkingstheorie die in 1954 door Festinger werd geformuleerd.

Deze theorie gaat ervanuit dat een mens behoefte heeft om zijn meningen en bekwaamheden te evalueren. Bij voorkeur doet een individu dat aan de hand van objectieve, niet-sociale criteria. Wanneer deze echter tekort schieten, of wanneer deze criteria er niet zijn, zullen mensen hun meningen en vaardigheden evalueren door deze te vergelijken met die van anderen. Schachter (1959) heeft door middel van een reeks onderzoeken aangetoond dat de sociale vergelijkingstheorie niet alleen opgaat voor meningen en vaardigheden, maar ook voor emoties. Vooral wanneer er sprake is van sterke emoties, zoals angst zoeken individuen die in dezelfde situatie verkeren elkaar op om: aan de bedreigende situatie te kunnen ontkomen (vlucht); het krijgen van verduidelijking; angstreductie en angstevaluatie.

De behoefte aan affiliatie (het bij anderen zijn) wordt versterkt door zowel angst als onzekerheid (Gerard en Rabbie, 1961).

Zien we af van de sterke angstreacties, die wellicht wel voor patiënten, maar niet voor huisartsen een rol spelen bij het nemen van een beslissing tot verwijzing naar een specialist, dan kunnen we op basis van de sociale vergelijkingstheorie stellen dat er bij huisartsen een neiging zal bestaan hun meningen en bekwaamheden te eva-

lueren aan de meningen en bekwaamheden van anderen en dat verder bij onzekerheidsemoties de neiging bestaat andere artsen op te zoeken met als onderliggende beweegreden de eigen onzekerheden te verminderen.

De resultaten van een aantal onderzoeken naar het gedrag van huisartsen lijken in overeenstemming te zijn met deze theorie, al ontbreken onderzoeksresultaten waarin een direct verband tussen sociale vergelijking en onzekerheidsreductie bij huisartsen is aangetoond. Uit een al wat ouder onderzoek van Bruins e.a. (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 over HMO-onderzoek een studie van Egdahl (1977) 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 overigens aan de hand van literatuuronderzoek aan dat het 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.

Het affiliatieprincipe dat door Schachter is geïntroduceerd, kan als verklaring worden gezien voor het gegeven dat huisartsen vaak elkaars gezelschap opzoeken, al is het alleen maar voor een informele bijeenkomst (zie hoofdstuk 1 van deel IV).

Informele bijeenkomsten hebben zo een functie voor het terugdringen van bedreigende emoties die door de onzekerheden van het dagelijkse huisartsenwerk worden opgeroepen. Het valt echter gemakkelijk in te zien dat informele bijeenkomsten van huisartsen niet "veilig" genoeg zijn om elkaars bekwaamheden te evalueren. Peer-review kan alleen plaatshebben in een hechte groep of onder deskundige leiding.

Alleen bij intensief samenwerkende huisartsen (in associaties en gezondheidscentra en wellicht bij deelnemers aan toetsingsgroepen) zullen de voorwaarden voor zelfevaluatie door middel van vergelijking in voldoende mate aanwezig zijn.

Volgens deze redenering oriënteren samenwerkende huisartsen zich dan primair op hun collega's, die ze dagelijks ontmoeten. Zij zijn wat in de engelstalige literatuur "docter oriented" genoemd wordt. Solo-artsen die in de dagelijkse praktijkvoering nauwelijks contacten met collega's hebben, richten zich veel meer op specialisten en hun

patiënten. Zij laten zich in hun gedrag meer door deze contacten beïnvloeden. Zowel specialisten (die financieel baat bij een verwijzing hebben) als patiënten, (die bij een hulpvraag op een zo hoog mogelijk niveau geholpen willen worden) hebben een "verwijzingenopdrijvende" 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 Harder (1982) dragen enige empirische ondersteuning aan voor deze gedachtengang. Zij komen op basis van een onderzoek in de VS 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 betalingsstelsel. Ze besteden in vergelijking met de aan HMO's verbonden artsen vooral meer tijd aan huisbezoeken.

De onderlinge vergelijking met collega's zal moeilijk direct te meten zijn, de effecten zijn mogelijk wel meetbaar en uiteraard zeer interessant. Zonder de pretentie te hebben alle mogelijke effecten hier uitputtend te beschrijven willen we drie van die effecten behandelen.

In de eerste plaats zal in een groep waar de leden elkaars bekwaamheden evalueren de neiging bestaan het handelen evalueerbaar te maken door het verzamelen van objectieve informatie in de vorm van diagnostische tests bijvoorbeeld.

Er zijn aanwijzingen, dat huisartsen die meer gebruik maken van een laboratorium en van therapeutische middelen en controlemiddelen lagere verwijscijfers realiseren (Dopheide, 1982). Dowie (1983), die het verwijspatroon in Engeland onderzocht, constateerde dat artsen in health centres veel meer laboratoriumtests verrichtten 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 naar een specialist zijn).

In de case studie samenwerking zagen we ook enige (kleine) verschillen voor wat betreft het gebruik van diagnostische hulpmiddelen. De gegevens van de gezondheidsenquête doen eveneens vermoeden dat de patiënten van gezondheidscentra vaker diagnostische tests ondergaan (Deel IV).

In de tweede plaats zullen de huisartsen in samenwerkingsverbanden

door zichzelf met collega huisartsen te vergelijken meer "huisarts-geneeskundiger" (gaan) denken. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van Verhaak (1984). Dat huisartsgeneeskundiger denken komt volgens Verhaak tot uiting in een brede taakopvatting en een neiging pas later specialisten te raadplegen.

In de derde plaats veronderstellen we dat in een groep samenwerkende huisartsen **groeps polarisatie** optreedt. Polarisation is het verschijnsel dat men zich in groepen meer aan het officieel ingenomen standpunt houdt dan wanneer men alleen is. Mede onder invloed van de sociale controle in een groep (Wolinski, 1980 p.271), verwachten we dat de variantie in het handelen (verwijzen, voorschrijven van medicijnen e.d.) binnen een groep kleiner zal zijn dan de variantie in de gehele huisartsenpopulatie. Deze veronderstelling kan getoetst worden door middel van ziekenfondsgegevens, zij het dat in zo'n administratief systeem niet altijd voldoende onderscheid gemaakt wordt in productiecijfers tussen de hulpverleners in samenwerkingsverbanden (zie ook deel I).

Het onderzoek rond het begrip groeps polarisatie heeft ook aandacht besteed aan een benadering volgens het zogenaamde **risky-shift fenomeen**. De keuze om al dan niet te verwijzen kan worden beschouwd als een "choice dilemma". Bij een choice dilemma moet er een keuze gemaakt worden tussen twee mogelijkheden waarvan de gevolgen verschillen in aantrekkelijkheid en in de kans van slagen. De ene mogelijkheid (verwijzen) heeft een grote kans van slagen, maar is weinig aantrekkelijk (het geeft de arts minder zelfvoldoening en is soms onplezierig voor de patiënt). De andere mogelijkheid is aantrekkelijker maar heeft minder kans van slagen. Bij dergelijke choice dilemma's treedt meestal het risky-shift fenomeen op. In groepen blijkt men een grote voorkeur te hebben voor de aantrekkelijker, doch riskantere mogelijkheid dan wanneer men alleen de beslissing neemt (zie Meertens, 1980 p.30). Deze beschrijving van het risky-shift fenomeen lijkt de verlaging van verwijscijfers bij samenwerkende artsen uitstekend weer te geven. Een aantal choice dilemma's leiden echter tot een "cautious-shift". De choice dilemma's die een cautious-shift oproepen gaan vooral over onderwerpen rond ziekte en dood. Daarnaast blijkt de initiële, individuele risicobereidheid bij deze dilemma's kleiner te zijn dan bij choice dilemma's die tot een risky-shift leiden (Meertens, 1980 p.16). Bij verwijzingen gaat het juist om een onderwerp rond ziekte en (mogelijke) dood. Daarnaast zal de individuele risicobereidheid zeer klein zijn. Weinig artsen

zijn immers bereid risico's te lopen om de voordelen van het zelf behandelen te incasseren. Bij verwijzingen zou men dus een cautious-shift verwachten. Hoewel er in de loop der jaren een groot aantal verklaringen voor dit risky-shift fenomeen zijn opgesteld, stelt de toepassing daarvan ons nog voor problemen. Overigens treffen we alleen bij dit laatste fenomeen een verklaring aan die tegengesteld is aan het gegeven dat huisartsen in een samenwerkingsverband inderdaad gemiddeld minder verwijzen.

4. BESLUIT

Uit het voorgaande mag de conclusie getrokken worden dat er op basis van algemene theorieën een plausibele verklaring gevonden kan worden voor de lagere verwijscijfers van huisartsen in formele samenwerkingsverbanden. In de eerste plaats bleek dat in het beslissingsproces rond verwijzingen een aantal aspecten is te onderkennen welke in het voordeel zijn van samenwerkende artsen. Met name de mogelijkheid onzekerheid te reduceren door een collega direct te consulteren, of om het anders te zeggen, door gebruik te maken van de deskundigheid van een collega kan een huisarts een besluit met meer zekerheid nemen. Ook tegenover de patiënt staat zo'n huisarts sterker ("ik heb mijn collega gevraagd en hij is het met mij eens").

De verwijscijferverlagende invloed van onderlinge contacten met andere hulpverleners bleek ook goed te verklaren vanuit de sociale comparison theorie. Volgens deze theorie zal een samenwerkende huisarts zijn handelen vergelijken met het handelen van collegahuisartsen, terwijl solohuisartsen eerder aangewezen zijn op vergelijking met medisch specialisten. Aangezien deze laatste groep geneigd is alle risico's uit te sluiten, wordt vaak, een uitgebreide batterij specialistische tests op een patiënt los gelaten. Een huisarts die zich aan een dergelijke handelwijze spiegelt, zal het zekere voor het onzekere nemen en snel verwijzen.

Als relativering voor de aangehaalde verklaringstheorieën, moeten we zeggen dat we de premisse hebben gehanteerd, dat het verschil in verwijscijfers tussen samenwerkende en solo-artsen vooral te vinden is bij de verwijzingen waar sprake is van onzekerheid. Het is natuurlijk ook goed mogelijk dat het verschil te vinden is in een betere bewaking van het aantal verlengingsverwijzingen bijvoorbeeld. Daarnaast kan het al dan niet zelf verwijderen van wratten e.d., of een andere filosofie over de noodzaak tot het verwijderen van amandelen, evengoed tot verschillen aanleiding geven.

Deze laatste opmerkingen geven de beperking aan van onderzoek dat voornamelijk is gebaseerd op de globale verwijscijfers. Er bestaat in het onderzoek naar verschillen in verwijscijfers duidelijk behoefte aan meer gedetailleerde gegevens bijvoorbeeld op patiëntniveau. Nu weten we alleen dat de verwijscijfers van gezondheidscentra lager zijn en dat die verschillen vooral zijn te vinden bij de beschouwende specialismen. Zouden we ook weten wat de proportie verlengingsverwijzingen per specialisme is, dan krijgen we meer zicht

op de vraag of de huisarts in een gezondheidscentrum die lagere cijfers realiseert door minder te verwijzen, of door minder verleningsverwijzingen af te geven. De casestudie welke wij hebben uitgevoerd (hoofdstuk 2, deel IV) levert door zijn beperkte omvang en duur nog weinig bruikbare gegevens op, al kon wel vastgesteld worden dat de rol van een assistente in de huisartspraktijk van veel belang kan zijn. Een breed opgezet onderzoek naar het handelen van huisartsen in verschillende praktijksituaties is nodig om de vraag, volgens welk mechanisme de lagere verwijscijfers tot stand komen, te kunnen beantwoorden.

Deze aanbeveling voor verder onderzoek brengt ons terug bij de vraag wat het onderhavige onderzoek heeft opgeleverd. Het beste kunnen we deze vraag beantwoorden door te beginnen met de resultaten van het theoretische onderzoek achter in dit proefschrift en naar voren te werken.

Volgens theoretische inzichten over beslissingsgedrag en de mogelijkheden om daarbij met onzekerheid om te gaan, zijn in samenwerkingssituaties de voorwaarden bij uitstek aanwezig voor het benutten van die mogelijkheden.

Dankzij een sociaal-psychologisch proces staat de huisarts in een groep sterker ten opzichte van patiënten en specialisten; groepen die beide een opwaartse druk op verwijscijfers hebben.

Dat proces wordt zichtbaar in bijvoorbeeld de onderlinge consultatie. Opvallend was bij de casestudie ook het vrijwel ontbreken van consultatieve contacten met specialisten van de artsen in een gezondheidscentrum.

Volgens deze redenering is het dus veeleer de intensieve monodisciplinaire samenwerking in duo- en groepspraktijken en gezondheidscentra waarvan we resultaat mogen verwachten, dan van de multidisciplinaire samenwerking. In dat licht is een bevinding uit hoofdstuk 1 van deel IV illustratief. Het bleek dat artsen in een duopraktijk die deelnemen aan een hometeam lagere verwijscijfers realiseren dan andere duo-artsen. Solo-artsen in een home-team vertonen juist hogere cijfers. Wanneer men de duo-arts in een hometeam beschouwt als een huisarts die belang hecht aan samenwerking en daar bovendien binnen zijn eigen praktijk ook de mogelijkheid toe heeft, terwijl de andere duo-artsen de mogelijkheden minder gebruiken, dan past deze bevinding in de theorie.

De multidisciplinair samenwerkende solohuisarts heeft niet de mogelijkheid zijn 'kennelijk' aanwezige behoefte aan onzekerheidsreductie te realiseren door het ontbreken van een intensieve relatie met

collega's.

Dat monodisciplinaire samenwerking een noodzakelijke voorwaarde lijkt te zijn voor het realiseren van lagere verwijscijfers komt ook tot uiting in deel III, waar bleek dat huisartsen die eigenlijk in een gezondheidscentrum zouden willen werken, als solo-arts even hoge verwijscijfers hebben als solo-artsen die voor hun vestiging een solopraktijk ambieerden. Aangezien in deel II bleek dat de (ziekenfonds)patiëntenpopulatie van gezondheidscentra weliswaar jonger en beter opgeleid is dan van andere praktijken, maar niet gezonder en bovendien in deel I al bleek dat ook structurele factoren geen verklaring zijn voor de lagere verwijscijfers van samenwerkende artsen, mag verwacht worden dat een verdere toename van het aantal duopraktijken en gezondheidscentra tot een vermindering van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten in Nederland zal leiden, althans tot een minder snelle verhoging dan op basis van de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal specialisten verwacht mag worden.

Aangezien van de totstandkoming van hometeams - waar intensieve monodisciplinaire samenwerking ontbreekt - weinig effect verwacht mag worden in termen van terugdringing van de tweedelijnsgezondheidszorg is het jammer te moeten constateren dat het animo voor samenwerking in gezondheidscentra lijkt af te nemen (zowel bij de lokale overheid als de adspirant huisartsen).

Een dergelijke trend is wel te verklaren uit de negatieve ervaringen van huisartsen in gezondheidscentra. Men klaagt vooral over de grote werkbelasting buiten de reguliere patiëntenzorg in de vorm van langdurig teamoverleg over organisatorische problemen en de soms nijpende financiële problematiek.

Alhoewel de overheid het totstandkomen van gezondheidscentra door het verstrekken van subsidie enigszins ondersteunde, is de manier waarop de subsidies worden verstrekt via ingewikkelde regels en voorwaarden en het ontbreken van andere effectieve stimulerende maatregelen er de oorzaak van geweest dat gezondheidscentra meer ondanks dan dankzij de overheid tot stand zijn gekomen, zeker in de begintijd.

Wanneer de overheid de totstandkoming van gezondheidscentra met meer kracht wil ondersteunen dan zijn andere maatregelen nodig. Zoals de adequate ondersteuning van het management van gezondheidscentra en ook door het invoeren van financiële prikkels. Men kan b.v. het ziekenfondshonorarium per patiënt van artsen in groepspraktijken en gezondheidscentra verhogen, of het realiseren van bezuinigingen bij bijvoorbeeld het voorschrijven van minder geneesmiddelen belonen.

1. We behandelen in dit deel uitsluitend verwijscijfers. De samenhang tussen samenwerking en opname- en verpleegduurcijfers is vooral in financiële zin van groot gewicht. We willen hier echter het gedrag van de huisarts bespreken. De directe invloed van dat gedrag op verwijscijfers is evident. Bij opnames en verpleegduur is het de specialist die de beslissingen neemt. Het gedrag van de huisarts heeft bij die beslissingen een meer indirecte betekenis en valt daarom buiten het kader van dit deel.
2. 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 wél bereid is een verwijskaart uit te schrijven. In een groepspraktijk kan men de financiële gevolgen van het vertrek van patiënten beter opvangen dan in solopraktijken.
3. Voor de volledigheid moet daarbij vermeld worden dat deze fysiotherapeuten ook alleen in loondienst werken. In zo'n loondienst-situatie ontbreekt de prikkel om meer behandelingen te verrichten dan strikt noodzakelijk is (althans zo luidt de veronderstelling).

SAMENVATTING

Met de sterke opkomst van gezondheidscentra in Nederland wordt inhoud gegeven aan het streven van de overheid de samenwerking binnen de eerste lijn te stimuleren. Die samenwerking in de -in principe direct toegankelijke - eerstelijnsgezondheidszorg vormt een belangrijk onderdeel van de versterking van de eerstelijns, welke tegenwicht moet bieden tegen de disproportioneel gegroeide tweedelijnssector (medisch specialisten en ziekenhuizen). In de regeringsnota's die op de gezondheidszorg betrekking hebben wordt als uitgangspunt geformuleerd een verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg en naar wat de 'mantelzorg' genoemd wordt. De achtergrond voor deze verschuiving is, althans gedeeltelijk, het bereiken van besparingen. Uit gegevens van het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (LISZ) blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra minder patiënten naar de specialist verwijzen, of juist geformuleerd minder verwijskaarten uitschrijven en mede daardoor ook minder verpleegdagen per 1000 patiënten hebben dan huisartsen in - vooral - solopraktijken. Het lagere verwijsperscentage van samenwerkende huisartsen zou kunnen betekenen dat het stimuleren van gezondheidscentra in die zin succesvol is geweest dat er bezuinigd is. Stimulering van gezondheidscentra wordt gedaan in de vorm van stimuleringsubsidies door de Rijksoverheid en vergoedingen voor de optredende exploitatiekosten door de Ziekenfondsraad. Via deze subsidies worden dus extra kosten gemaakt die staan tegenover de baten in de vorm van een lagere produktie in de tweedelijns. Aangezien er redenen waren om te veronderstellen dat de baten wellicht niet veroorzaakt zijn door het handelen van de huisarts, maar aan factoren te danken zijn die buiten de directe invloedssfeer van de huisarts vallen, werd door de Ziekenfondsraad de continuering van de subsidiëring van gezondheidscentra ter discussie gesteld.

Het onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen' is er op gericht aan te geven aan welke factoren of mechanismes de verschillen in produktiecijfers in de tweedelijnsgezondheidszorg zijn toe te schrijven. Dat wordt gedaan aan de hand van vier vragen.

1. Blijft het verschil in verwijscijfers tussen artsen in gezondheidscentra en solo-artsen bestaan als wordt gecontroleerd voor een aantal variabelen waarvan bekend is, dat ze (voor een deel) bepalend zijn voor de hoogte van die verwijscijfers.
2. Kan het verschil in verwijscijfers worden toegeschreven aan verschil in patiënten-populatie (selectie van patiënten).

3. Kan het verschil in verwijscijfers worden toegeschreven aan het aantrekken van huisartsen met een sterke motivatie in gezondheidscentra.
4. Kan aangetoond worden dat het samenwerken als oorzakelijke factor voor de lagere verwijscijfers gezien moet worden.

De eerste drie vragen kunnen worden samengevat in de vraag: "is het nu wel zo"?:

Mag het lagere verwijscijfer van de huisartsen in gezondheidscentra inderdaad worden toegeschreven aan de werkwijze van deze huisartsen? De vierde vraag luidt kort geformuleerd "werkt het nu wel zo"?

In de delen I t/m IV van dit proefschrift worden deze vragen achter-eenvolgend behandeld met gebruikmaking van voornamelijk secundair materiaal. In deel V wordt daarna ingegaan op de vraag of het verband tussen de hoogte van verwijscijfers en samenwerken door huisartsen met behulp van algemene theorieën onderbouwd kan worden.

De vraag of de verschillen in verwijscijfers blijven staan als gecontroleerd wordt voor factoren met een bewezen invloed op het verwijscijfer wordt in deel I beantwoord met behulp van omvangrijke gegevensbestanden die zijn opgebouwd per huisartspraktijk. De gegevens over verwijs- opname- en verpleegduurcijfers zijn afkomstig van het LISZ, terwijl de overige gegevens uit diverse andere bronnen afkomstig zijn. Via twee methodieken zijn de produktiegegevens voor de zgn. structurele factoren constant gehouden; door middel van multivariate analyses en door de methodiek van gepaarde waarnemingen. De multivariate analyses zijn alleen uitgevoerd voor het jaar 1978, omdat alleen voor dat jaar het gegevensbestand compleet beschikbaar was. Bij de methode van gepaarde waarnemingen zijn ook de verwijsgegevens van 1979 en 1980 betrokken. De uitgevoerde multiple regressie-analyse leverde als resultaat op dat het aanbod aan en de bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen een belangrijke invloed op de hoogte van het verwijscijfer uitoefenen. Als er meer specialisten zijn in een gebied is het verwijscijfer hoger. Hoe groter de afstand tot het ziekenhuis des te lager de verwijscijfers. Ook de lokale omstandigheden spelen een belangrijke rol. In het Zuiden van ons land blijken de verwijscijfers hoger te liggen en op het platteland wordt duidelijk minder verwezen dan in de grotere steden. Wat de praktijkenmerken betreft kan gezegd worden dat hoe hoger de gemiddelde leeftijd van de patiënten is, des te hoger het verwijscijfer is. Huisartsen in gezondheidscentra blijken - onder overigens vergelijkbare omstandigheden - duidelijk minder te verwijzen dan solo-art-

sen. Ook artsen in associaties verwijzen minder dan solo-artsen. Uiteraard werken de lagere verwijscijfers ook door in lagere opnamecijfers en verpleegduurcijfers van patiënten ingeschreven bij artsen in gezondheidscentra, maar in de regressie-analyses van opnames en verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten waarin het verwijscijfer ook als verklarende factor is meegenomen, kan geen relatie tussen praktijkvorm en produktiecijfers worden vastgesteld. Bij het opnamecijfer zijn de belangrijkste variabelen de hoogte van het verwijscijfer (wanneer er veel wordt verwezen vinden er ook meer opnames plaats), het beddenaanbod, de afstand tot het ziekenhuis, de leeftijd (vooral kinderen beneden 5 jaar worden verhoudingsgewijs veel opgenomen) en de regio Zuid. Het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten wordt in hoge mate bepaald door het opnamecijfer en de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten, maar ook het beddenaanbod is een belangrijke factor. In de grote steden is de verpleegduur onder overigens gelijke omstandigheden lager dan in de overige gemeenten. De conclusie dat de huisartsen in gezondheidscentra inderdaad lagere verwijscijfers hebben onder overigens gelijke omstandigheden wordt ook gesteund door de resultaten van de gepaarde waarnemingen. In 1979 en 1980 zijn de verschillen zelfs groter geworden.

De lagere gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten in gezondheidscentra blijkt de verschillen in verwijscijfers niet te kunnen verklaren. In deel II wordt met gegevens uit de Landelijk representatieve gezondheids enquête van het CBS de vraag onderzocht of andere patiëntenkenmerken een verklaring zouden kunnen vormen voor de lagere cijfers. Naast de verschillen in leeftijdsopbouw blijkt vooral het opleidingsniveau en het gezinsinkomen bij ziekenfondspatiënten van gezondheidscentra hoger te liggen. Daarentegen zijn er geen verschillen in de subjectief ervaren gezondheidstoestand en het aantal chronische aandoeningen dat men rapporteert, terwijl juist deze variabelen in belangrijke mate de medische consumptie bepalen. Op basis van deze bevindingen kunnen we concluderen dat ook verschillen in patiëntenpopulatie niet verantwoordelijk zijn voor de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra. Overigens is het opmerkelijk dat een verschil in het aantal verwijzingen tussen artsen in verschillende praktijksituaties niet kan worden aangetoond op patiëntenniveau. Het geringe aantal verwijzingen in de gezondheidsenquête kan er oorzaak van zijn dat het significantie niveau niet gehaald wordt. Het is bovendien de vraag of de gezondheidsenquête geschikt is voor dit doel. Afgezien van deze relativeringen is het mogelijk dat de verschillen in verwijsggegevens te vinden zijn in een catego-

rie verwijzingen, zoals de verlengingsverwijzingen, die niet in de gezondheidsenquête zijn meegenomen.

Voor het deelonderzoek naar de vraag of in gezondheidscentra wellicht een selecte groep huisartsen is gevestigd die door een sterke motivatie minder verwijzen; is gebruik gemaakt van enquête-gegevens van het registratiesysteem adspirant-huisartsen van het NIVEL. Van huisartsen die zich hebben gevestigd in een solo-praktijk is nagegaan op welke wijze men zich wilde vestigen in de periode dat men nog adspirant huisarts was. Gebruikmakend van het gegeven dat er jaarlijks maar een beperkt aantal huisartsen in gezondheidscentra een plaats kunnen vinden veronderstelden we, dat de voor een gezondheidscentrum gemotiveerde huisarts minder zal verwijzen, ook al vestigt hij/zij zich als soloarts. Deze veronderstelling blijkt niet te kloppen. Solo-artsen met een aanvankelijke voorkeur voor gezondheidscentra verwijzen ongeveer evenveel als solo-artsen die ook als adspirant huisarts een voorkeur voor een solopraktijk hadden. Het lijkt er daarom op dat de organisatorische setting van het gezondheidscentrum een voorwaarde is om lagere productiecijfers in de tweedelij n te bereiken.

In het vierde deel wordt eerst aandacht geschonken aan de vraag of de hoeveelheid overlegtijd en de mate van onderlinge consultatie een lineaire relatie vertonen met verwijscijfers. Naast gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken die beschikbaar waren voor het jaar 1978, werd in 1983 bij een steekproef van solo-artsen en artsen in duopraktijken gegevens verzameld via een schriftelijke enquête. Uit een onderlinge vergelijking tussen groepen huisartsen bleek dat artsen in duopraktijken die bovendien in een hometeam multidisciplinair samenwerken, niet onderdoen voor huisartsen in gezondheidscentra, wat betreft de hoeveelheid tijd die in het samenwerken gestoken wordt. Een duidelijke relatie tussen de hoeveelheid overleg en de hoogte van het verwijscijfer kon niet worden vastgesteld. Wanneer solo-artsen en artsen in duopraktijken afzonderlijk worden beschouwd, blijken er aanwijzingen te zijn dat de relatie in tegengestelde richting werkt. Wanneer solo-artsen veel samenwerken met andere hulpverleners, of vaak hun collega's consulteren zijn hun verwijscijfers hoger dan wanneer ze dat weinig of niet doen. Bij artsen in een duopraktijk die veel overleggen met andere hulpverleners blijkt het verwijscijfer juist lager te zijn.

Een verklaring voor deze tegenstrijdige bevinding wordt wellicht gevonden in het tweede hoofdstuk van deel IV waar ingegaan wordt op het handelen in de huisartspraktijk. Bij negen huisartspraktijken in verschillende praktijksituaties werd er naast de medische routine-

handelingen ook gegevens verzameld over het samenwerken van de huisartsen. Het blijkt dat alleen de huisartsen in gezondheidscentra gewend zijn regelmatig ad-hoc met hun collega huisartsen te overleggen over acute hulpverleningsvraagstukken. Daarentegen wordt de specialist door deze artsen slechts weinig gebeld voor een consultatie. Met betrekking tot de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn zijn de verschillen minder extreem.

In deel V wordt met behulp van keuze-theorieën en de sociale vergelijkings-theorie een verklaring gegeven voor de lagere verwijscijfers in gezondheidscentra. Kort weergegeven komt deze verklaring er op neer dat huisartsen bij het nemen van een beslissing zoals het verwijzen (met een belangrijke mate van onzekerheid), de onplezierige aspecten van die onzekerheid kunnen verminderen door er met collega's over te praten, of ze in de beslissing te betrekken. De huisarts in een gezondheidscentrum zal geneigd zijn zich wat zijn handelwijze rond verwijzingen te richten op zijn collega's, terwijl solo-artsen meer aangewezen zijn op specialisten en hun patiënten voor feedback op het handelen. Dat laatste heeft waarschijnlijk geen remmend effect op het aantal verwijzingen.

De eindconclusie van dit proefschrift luidt dat er voldoende aanwijzingen zijn dat het samenwerken met collega huisartsen in gezondheidscentra een voorwaarde is om tot besparingen in de tweedelijnsgezondheidszorg te komen.

Het samenwerken met andere hulpverleners van solo-artsen in bijvoorbeeld hometeams lijkt niet de verlagende effecten te hebben. Het krachtig stimuleren van gezondheidscentra door de beleidsuitvoerende instanties lijkt daarom de aangewezen weg om de gewenste versterking van de eerstelijnszorg te maken.

SUMMARY

The increasing number of health centres in the Netherlands is the result of the government policy to promote team work in primary care. Teamwork in - the directly accessible- primary care is an essential part of the strategy to strengthen primary care, this strategy is meant to counterbalance the disproportionate increase in hospital care (incl. professionals). In all government papers, the ministry of Health is increasingly emphasizing primary care and even blanket care instead of hospital care. The overall aim is reducing health care expenditure. Figures of the National Information system on Sickness Funds (LISZ) show remarkable lower referral figures for health centre General Practitioners or single handed practicing GP's. Consequently this leads to a lower number of hospital days pro 1000. From this the success of this Government policy might be inferred. On the other hand this policy brings about substantial extra costs, caused by government subsidies to health centres and Sickness Fund Council financing of overhead cost. These subsidies counterbalance lower hospital care expenditure. Considering the possibilities that these lower expenditure were not induced by the GP's but by other factors. The Sickness Fund Council had second thoughts about continued subsidizing of health centres. This thesis "Cooperation & referrals" aims to study this scepticism by analysing the four following questions

1. Do differences between the single handed practice and the health centre disappear in a multiple regression equation with variables that have a proven influence on referral rates?
2. Are patients on health centre lists in better health than patients on the lists of GP's practising single handed (patient selection)?
3. Can the differences in referral rates be explained by a higher level of motivation among health centre GP's (physician selection)?
4. Are differences in the type of multidisciplinary cooperation (e.g. intensity of cooperation, composition of the team) related to the differences in referral rates?

The first three questions which concern the validity of the lower referral rates can be rephrased as follows: Do GP's actually make fewer referrals when they are working in health centres, or is this just a "statistical" relation which can be proven to be spurious. If the relation being studied turns out to be valid question four

increases in importance, as it relates to the possible causes of the lower referral rates.

In part I to IV of this thesis the four questions are answered with the use of data from many different sources. In part V a few general theories are discussed that could explain why health centre GP's issue less referral-cards. The first question about the possible explanation of the differences in referral rates by factors with a proven influence on these figures is dealt with using a database containing data on the level of a general practice. Figures about referrals, hospitaladmissions and hospitaldays were obtained from the "National Institute of cooperating Sickness Funds (VNZ)". The other figures were from numerous other statistical sources. We employed two methods in this study. The first method was to rule out the influence of structural factors, by using multiple regression analysis followed by multiple classification analysis. This method was used for the data for 1978 as the available dataset was optimal for that year. The second method used "matched pairs". Each health centre was matched with a number of single-handed practices and two-man practices which showed only slight differences in respect of the significant structural variables. This analysis was done also for 1979 and 1980.

It was clear from the results of the multiple regression analysis that the accessibility of the hospital care had a strong influence on the magnitude of the referral figures. If more specialists are available in a certain region the referral figure will be higher. The greater the distance between place of residence and the nearest hospital, the lower the referral figures tend to be. Also local circumstances play their part. In the south of the Netherlands referral figures are higher. In the rural areas the referral rates to medical specialists are lower than in urban areas.

Another factor is of course the mean of the age-distribution of the patients on the GP's list. Older patients are referred more often than younger ones. Health centra GP's - all other variables being equal - refer significantly less than GP's in single-handed practice. GP's in two-man practices refer also less. Obviously these lower referral figures have their influence on the admission rates and the number of hospitalday's pro 1000 patients.

In the regression equations for admissions and hospitalday's in which the referral rate in one of the dependent variables, a relation with type of practice can not be found. In the equation for admissions the most important variables are the referral rate (higher

referral rates lead to higher admission rates), the bed supply, distance to hospital, the age distribution (especially children under five are admitted more frequently) and the southern region. In the equation for the number of hospitaldays pro 1000 patients, the admission rate and the of mean of the age distribution of the patients explain a substantial part of the variance. The bedsupply is also an important variable. In the big cities the length of stay in a hospital is longer than in other communities.

The results from the matched-pairs analyses are also in favour of the conclusion that health centre GP's indeed show lower referral rates, all other variables being equal. The differences between health centres and single-handed practices are of an even greater magnitude in 1979 and 1980.

A lower mean age of patients on the list of GP's in a health centre can not be the reason for the differences in referral rates. Part II of this thesis uses data from a health survey carried out by the Central Bureau of Statistics to answer the question whether apart from differences in age distribution, other patient characteristics can be an explanation for the lower rates. Again only data of patients in the national health insurance fund were used. The figures from the survey show that in particular the level of education and the family income level are higher within the group of patients on the list of a health centre. In contrast there are no differences in the subjective health status and the reported number of chronic conditions. It is known that especially these health status indicators are good predictors of medical consumption. On the basis of these findings we can conclude that the lower referral figures for health centres are not caused by differences in patient-population. Remarkable in this material is the absence of any relation between referral rates and types of practice. A possible explanation is probably the small number of referrals in the group of respondents in the health survey, which causes a loss in testpower. Another plausible explanation is the absence of so-called administrative referrals in this survey (e.g. referralcard issued after one year of treatment by a medical specialist). For the study of the question whether Health Centre, GP's are a selective Group, strongly motivated and reluctant in referring, we used figures from the NIVEL registration of newly certified GP's. Single-handed practising GP's were interviewed about their actual preferences as to type of practice, immediately upon graduation. It is known that approximately half of these new GP's prefer to establish practice within health centres. The number of vacancies each year is very small however.

We assumed that new GP's with a preference to practising in health centres would refer less, regardless of the type of practice they actually would establish. The results show a rejection of this hypothesis: GP's in a single-handed practice with an initial preference for a health centre had equally high referral rates as GP's in single-handed practice with an initial preference to work alone. The nature of health centre facilities thus seems to be a necessary condition to arrive at lower referral rates.

Part four studies the question whether the amount of time spent in meetings with other health care providers and the number of consultations have a linear relation with the referral rate. Apart from data from health centres and group practices that already was available for 1978 a questionnaire was sent to a sample of GP's in single-handed practices and two-man practices in 1983. A comparison between groups of GP's shows that GP's in two-man practices who participate also in a multidisciplinary team are spending as much time on cooperation as GP's in health centres. A clear relation between the time spent in meetings and referral figures was not found. Looking separately at GP's in single-handed and two-man practices we noted a relation in an opposite direction: GP's in single-handed practice with a high level of cooperation have higher referral rates than comparable GP's with a low level of cooperation. For GP's in partnerships with a high level of cooperation the referral rates are lower.

An explanation for this ambiguous finding can probably be found in the second chapter of part IV. There the results are shown from a study on the activities in day to day practice. Nine GP's working in different types of practice registered all their activities during a period of ten weeks. Only the GP's working in health centres had regularly ad hoc consultations with colleagues. These consultations were in most cases about acute health care problems. Medical specialist in contrast are seldom consulted (by telephone) by these GP's in health centres. Differences in other ways of cooperation with health professionals in primary health care were less marked.

Part five seeks to explain the lower referral rates with general theories concerning choice, behaviour and social comparison processes. In the first place we propose that a decision involves a substantial amount of uncertainty. It is further proposed that GP's try to cope with this uncertainty by talking with their colleagues or drawing them into the decision. Health centre GP's have better opportunities to use this coping mechanism. It is also clear that these GP's compare their activities with those of their close collea-

gues while GP's in a single-handed practice have to turn to medical specialists or patients to get feedback about their activities. Therefore we cannot expect a lowering effect.

The general conclusion should be that close cooperation of GP's in health centres can be considered to be a necessary condition to arrive at a decrease in activities and costs on the hospital care level. Multidisciplinary cooperation by GP's in single-handed practices seems to have no effect on referral rates. The emphasis on health centres through significant incentives should be advised if we are to really strengthen primary health care.

LITERATUUR

- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS en J. VAN DER MANNEN - 1985. Tijd voor kwaliteit: evaluatie onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam: eindrapport - Amsterdam, SISWO/OSA.
- BEUGEN, M. VAN - 1981. Inventarisatie samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Friesland. Deel 3. Leeuwarden, Sociaal Hoger Onderwijs Friesland.
- BLALOCK, H.M. - 1960. Social statistics: International Student Edition. New York, Mc. Graw - Hill Book Company.
- BOERMA, W.G.W. - 1980. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra, januari 1970 - juli 1979. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- BOERMA, W.G.W. - 1984. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Cijfers over samenwerking 6.
- BOOTS, J.M.J. - 1983. Het werk van de huisarts: resultaten van een functie analyse in 93 huisartspraktijken. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg. Dissertatie.
- BOOM - VAN DUIN, F.T. DE, J.P.J. BASTIAENEN en G. GOUDRIAAN - 1975. Twee onderzoeken bij de bevolking in Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra. Amsterdam, Instituut voor Toegepast Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, Advies en Begeleiding.
- BREMER, G.J. - 1964. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Utrecht, Dissertatie.
- BRINKS, W. en B. VONK - 1980. Eerstelijns samenwerking in de provincie Groningen. Groningen, Andragogisch Instituut.
- BRUINS, C.P., K.H. NOORDHOFF en W. VERDENIUS - 1973. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 16, nr. 10, 372-374.
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN - 1984. Samenwerking door huisartsen; een vergelijkende case-study. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg.
- 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, no. 4, 145 - 150.

- CREBOLDER, H.F.J.M. - 1977. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (VII): opvattingen van de cliënt over zijn huisarts. Huisarts en Wetenschap 20, no. 5, 178 - 188.
- DESSENS, J. en W. JANSEN - 1982. Terugval naar het gemiddelde; een methodologische notitie. Sociologische gids 39 no. 5, 410 - 419.
- DOEL (DRENTS ONDERSTEUNINGSPLATFORM EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG) - 1984. Inventarisatie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg in Drenthe. Assen.
- 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 verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Gezondheid en samenleving 3, 141 - 151.
- DOPHEIDE, J.P. - 1985. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg in: Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. onder redactie van E.M. Sluijs, J.P. Dopheide en J. van der Zee. Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. 7-37.
- DOPHEIDE, J.P. en F.P. NIJHOUT - 1983. Een ziekenhuis op nieuw land: (een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in de regio). Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Eerste interimrapport 1983.
- DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE - 1980. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Medisch Contact 35, no. 29, 879 - 884.
- DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE - 1981. Samenwerken en verwijzen, nader onderzoek gewenst. Medisch contact 36, 1221 - 1224.
- DOWIE, R. - 1983. General practitioners and consultants: a study of outpatient referrals. London, King Edward's Hospital Fund.
- DUUREN, R. VAN, L.A.J. HUPKENS - 1981. Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband: de financiële consequenties van de verschillen in verwijsgedrag tussen solo-artsen en samenwerkende artsen. Medisch Contact 36, no. 31, 933 - 936.
- DUIJN, H.J. VAN en J.D. WUISTER - 1980. Samenwerking zonder samenwerking: een onderzoek naar samenwerkingsvormen zonder gemeenschappelijke huisvesting binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Leiden, Medische faculteit.

- DIJKSTRA, A. - 1981. Ziekteverzuim en non-response: representativiteit van deelname aan enquête-onderzoek in arbeidsorganisaties ten aanzien van een te verklaren variabele. *Gezondheid en samenleving* 2, no. 4, 266 - 273.
- ES, J.C. VAN, PIJLMAN, H.R. - 1970. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartsenpraktijken. *Huisarts en Wetenschap*, 13, no. 12, 433 - 439.
- ES, J.C. VAN - 1985. Verwijzen: Verwijscijfers ondeugdelijk instrument om inzicht te krijgen in de werkelijkheid. *Medisch Contact*, 40, no. 41, 1259.
- FAG, - 1982. Voorwaarden voor vernieuwing; rapport van de werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. Amsterdam, SOSEL.
- FESTINGER, L. - 1954. A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117 - 140.
- GAAG, J. van der - 1978. An econometric analysis of the Dutch health care system. Leiden, Rijksuniversiteit. Dissertatie.
- GERARD, H.B., J.M. RABBIE - 1961. Fear and social comparison. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 586 - 592.
- GEURTS, J.J.M., E.K.A. VAN DOORSLAER en F.F.H. RUTTEN - 1985. Samenwerkende huisartsen: andere behandeling of andere patiënten? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63, no. 20, 834 - 841.
- GROL, R., - 1981. Preventieve attitudes van huisartsen. Nijmegen, Nijmeegs Universitair en Huisartsen Instituut. Deel III.
- GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, D. MESKER, A. SMITS, J. MESKER-NIESTEN - 1985. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. *Gezondheid en samenleving* 6, no. 1, 31 - 40.
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M., G. STERENBERG, R. STEWART, H. WESSELING, - 1985. Praktijkvoering en voorschrijfgedrag. In: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red.). *De eerstelijns onderzocht*. Deventer, Van Loghum. Slaterus, 65-74.
- HAAN, J. - 1975. Het computerprogramma MATCHEN: nieuws van het computerfront. Groningen, R.U. Groningen, Bulletin 5, vakgroep methoden en technieken.
- HAMERS, R.T.J. en W.G.W. BOERMA - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. *Studies naar samenwerking* 9.
- HARMONISATIERAAD WELZIJNSBELEID - 1985. *Herverkavelen in de gezondheidszorg*. 's Gravenhage.
- HOFMAN, J.F. - 1983. *Eerstelijns-Samenwerking: een proces van vallen en opstaan*. Geschiedschrijving en analyse van het

- Samenwerkingsproject Spaarndammer en Zeekelderbuurt te Amsterdam. Amsterdam, Instituut voor de Wetenschap der Andragogie, I.W.A. rapportenreeks nr. 2.
- HOFSTEDE, B. - 1981. Onderzoek Wijkgezondheidscentrum Wesselerbrink. Enschede, Afdeling Onderzoek en Statistiek, Gemeente Enschede.
- HOUT, A. VAN en R. TERRA - 1983. Samenwerken in het land van Heusden en Altena: een onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de geestelijke gezondheid in de eerste lijn. Nijmegen, Katholieke Universiteit, Instituut voor Sociale Pedagogie en Andragogie.
- HOUWING, J. en J. GEERTSEMA - 1981. Eerstelijns samenwerking in de provincie Groningen. Rijksuniversiteit, Andragogisch Instituut. Tweede Deelonderzoek.
- HUGHES, E.C. - 1971. The Sociological Eye, selected papers. Chicago/New York, Aldine-Atherden.
- IMANDI, K., J. SPAAN, J.VAN DUREN - 1983. Medische specialisten in Nederland 1977-1983. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Rapport 83.367.
- INGEN, M. VAN - 1983. Zoeken naar samenwerking: een inventarisatie in Midden-Limburg. In: Hulpverleners in samenwerking; eerste lijnszorg in ontwikkeling: onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt- de Ruijt, Alphen a/d Rijn, Samsom, 4560-1 - 4560-14.
- JANIS, I.L., L. MANN - 1977. Decisionmaking: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York, The Free Press.
- KERSTEN, D. - 1984. Invloed van de huisarts na de verwijskaart, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- KROL, L.J. - 1985. De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg Amsterdam, Universiteit van Amsterdam. Dissertatie.
- KRUIDENIER, H.J. - 1976. Een onderzoek naar de factoren die de hoogte van het verwijzingspercentage beïnvloeden. Zeist, Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen. Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen.
- KRUIDENIER, H.J. - 1977. Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijzingsstroom. Inzet, 1, no. 1, 32 - 39.
- LANDELIJK INFORMATIE SYSTEEM ZIEKENFONDSEN, jaarlijkse uitgave. Jaarboek LISZ. Zeist, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.
- LODEWICK, L., A. VAN RIJN, P. STALENHOF, N. VIERHOUT en T. KERSSEMAKERS - 1976. Rapportage van Home Team Maastricht West. Maastricht.

- LONG, M.J. - 1982. An integrated theory of provider behaviour in health maintenance organizations. Journal of community health. 8, 2, 119 - 129.
- MEERTENS, R.W. - 1980. Groeps polarisatie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- MELKER, R.A. DE - 1975. Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage. Medisch Contact, 30, no. 37, 1145 - 1146.
- MELKER, R.A. DE - 1979. Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten). Holland naar de horizon, Utrecht. Nederlands Huisartsen Instituut, 79 - 90.
- MEIJMAN, F. - 1984. Samenwerken en Verwijzen (reactie en naschrift D. Wijkel). Huisarts en Wetenschap, 27, no. 21, 74.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1974. Structuurnota Gezondheidszorg. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE - 1980. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Leidschendam, Staatsuitgeverij.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1983. Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Nota Eerstelijnszorg. Den Haag, Staatsuitgeverij.
- MOOTZ, M. - 1984. Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien. Medisch contact 39, no. 38, 1201 - 1205.
- MULDER, J.D. - 1982. Eerstelijns samenwerking zonder samenwoning: een verkenning in Zuid-Holland. In: hulpverleners in samenwerking: onder redactie van R.S. ten Cate, J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt, Rijn, SAMSOM. 4540-1/4540-19.
- MULDER, J.D., Dzn. - 1983. Samen Werken: in het bijzonder tussen huisarts en specialist. Leiden, Rijksuniversiteit. Oratie.
- NHI (NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT) - 1983. De opbouw van de beroepsgroep huisartsen per januari 1983, in: Cijfers uit de huisartsenregistratie. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- NHI (NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT) - 1984. Samenwerken en verwijzen (samenvatting in : "uit het nederlands huisartsen instituut"). Huisarts en Wetenschap, 27, no. 1, 36 - 37.
- NUYENS, W.J.F.I. - 1978. Functionaliteit van de polikliniek in Kennemerland I. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg.
- PCMW (PROVINCIAAL CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK) - 1983. Inventarisatie 1e lijns samenwerkingsverbanden waarbij huisartsen en maatschappelijk werkers zijn betrokken in Limburg in 1980. Roermond. Nota.

- PPSEG (PROVINCIAAL PLATFORM SAMENWERKING EERSTELIJN GELDERLAND) - 1982. Overleg- en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn in Gelderland: een inventarisatie. Arnhem.
- PEL, J.Z.S. - 1975. Over de invloed van de huisarts op het verwijzingspercentage. Medisch Contact 30, no. 32, 988 - 990.
- PENCHANSKY, R. en J.W. THOMAS - 1981. The concept of Access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19, no. 2, 127 - 140.
- PERINBANA YAGAIM - 1977. The structure of motives. Symbolic interaction, 1, 104 - 120.
- PESCH-WEENINK, C.A.W. VAN en J.W.M. COLLARIS - 1982. Verrichtingen minder meer - verpleegdagen meer minder: LISZ-cijfers 1981. Inzet 6, no. 11, 41 - 43.
- PESCHAR, J. - 1976. The Limits of Matching Pairs: The "Freedman-problem" revisited. Groningen, vakgroep Methoden en Technieken, R.U. Groningen, Bulletin 9.
- PETERS, L. - 1984. Financiële problematiek van gezondheidscentra fase II. Utrecht, Nederlandse Huisartsen Instituut, Studies naar samenwerking, no. 7.
- PETERS L., en D. WIJKEL - 1984. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Medisch Contact, 39, no. 3, 87 - 92.
- 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, 1,2, 138 - 146.
- PRAAG, B.M.S. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN - 1978. Tussen eerste en tweede echelon: Een kritiek. Medisch Contact 33, no. 29, 900 - 903.
- POLLISSAR, L. en P. DIEHR - 1982. Regression analysis in health services research: the use of dummy variables. Medical care, 20, no. 9, 959 - 966.
- POP, P. en P.D. KERKHOF - 1984. Diagnostisch Centrum Maastricht: eindevaluatie van een experiment. Medisch Contact, 24, 749 - 752.
- POSTHUMA, B.H. - 1976. Invloed van leeftijd en geslacht op verwijscijfers naar medische specialismen. Groningen, Instituut voor Sociaal - Medische Wetenschap.
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1977. Tussen eerste en tweede echelon 1. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE, - 1978. Tussen eerste en tweede echelon II. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1978a. Tussen eerste en tweede echelon: nogmaals macrorekenmodellen in de gezondheidszorg - du-

- pliek. Medisch Contact, 33, no. 29, 904 - 906.
- PRINS, A. - 1976. Drempelverlaging tot gebruik van laboratoriumfaciliteiten door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 19, no. 7, 252 - 254.
- RAUPP, J.L.M. - 1971. Over werkwijzen van huisartsen. Helmond, van Stiphout, Dissertatie.
- ROSKAM, E.E.CH.I. - 1985. Formele benaderingen van keuze- en beslissingsgedrag. Nederlands tijdschrift voor de psychologie, 40, no. 6, 321 - 347.
- RUHE, H.A.M. - 1967. Over de verwijzingsgewoonten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 10, 281 - 287.
- RUTTEN, F.F.H. - 1978. The use of health care facilities in the Netherlands: an econometric analysis. Leiden, Rijksuniversiteit, Centrum voor onderzoek van de economie van de publieke sector. Dissertatie.
- RUTTEN, F.F.H. en J. VAN DER GAAG, - 1977. Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. Health Services Research 12, no.3, 234 - 249.
- SMR (STICHTING MEDISCHE REGISTRATIE) - 1980. Classificatie van Ziekten. Utrecht.
- SAIN, H., DE - 1980. Buurtgerichte samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, Stedelijke Stichting Welzijnsbevordering.
- SANAVRO, F. - 1985. Huisartsenconsulten in gezondheidscentra en solorpraktijken. In de eerste lijn onderzocht.: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red). Deventer, Van Loghum Slaterus, 84 - 90.
- SCHACHTER, S. - 1959. The psychology of affiliation. Stanford, California. Stanford University Press.
- 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, no. 1, 105 - 122.
- SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU - 1980. Sociale achterstand in wijken en gemeenten: rangorde van Nederlandse wijken en gemeenten naar sociale achterstand op basis van de Algemene Volkstelling 1971. Rijswijk. SCP-cahier no. 14.
- SOETERS, J. - 1980. Afwezigheid wegens ziekte als regionaal probleem: het geval Zuid-Limburg. Gezondheid en Samenleving. 1, no. 4, 255-265.
- SONSBEEK, J.L.A. VAN, L.H. STRONKHORST - 1983. Statistische onderzoekingen: methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Den Haag, staatsuitgeverij, Centraal Bureau voor de Statistiek M22.

- STRUMPF, G.B., F.H. SEUBOLD, M.B. ARRILL - 1978. Health Maintenance Organizations, 1971-1977, Issues and Answers. Journal of Community Health 4, no. 1, 33-54.
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62, no. 11, 450 - 454.
- VERHAAK, P.F.M. - 1984. Vooronderzoek Functioneren Algemeen Maatschappelijk Werk. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut.
- VERHAAK, P.F.M. - 1986. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk; een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg Dissertatie.
- VERHAAREN, F. - 1982. Bouwstenen voor de opbouw van gezondheidscentra : consistentie basistypen voor de inrichting van de hulpverlening en organisatie van gezondheidscentra. Amsterdam, Agogisch Instituut.
- VERMEULEN, C.A. - 1973. Het verwijzen in het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Leidschendam, Stafafdeling Epidemiologie en Informatica, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- VISSER, G.R. - 1980. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact 35, no. 15, 468 - 472.
- VLEK, C.A.J. en WAGENAAR, W.A. - 1976. Oordelen en beslissen in onzekerheid. In: J.A. Michon, E.G.J. Eijkman, L.F.W. de Klerk. Handboek der Psychonomie. Deventer. Van Loghum, Slaterus, 447 - 491.
- VLIET, R.C.J.A. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN - 1983. Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden, II. Leiden, COEPS/SWOKA.
- WILLIAMSON - 1975. The Adaption of new drugs by doctors practising in group and solopractice. Social Science and Medicine, 9, no. 4/5, 233 - 236.
- WOLINSKY, F.D. - 1980. The sociology of health. Principles, Professions and Issues. Boston, Toronto, Little, Brown and company.
- WOLINSKY, F.D. en W.D. MARDER - 1982. Spending time with patients: the impact of organizational structure on medical practice. Medical care 20, 10, 1051 - 1059.
- WIJKEL, D. - 1983. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en productiecijfers. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I.
- WIJKEL, D. - 1984. Samenwerken en verwijzen: samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel II.

- WIJKEL, D. - 1985. Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken. In: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red.). De eerstelijns onderzocht: Deventer, Van Loghum Slaterus, 252 - 262.
- WIJKEL, D., VAN DER GRIJN, D. - 1982. Huisarts en Diagnostisch Centrum. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut/Nationaal Ziekenhuis Instituut.
- WIJKEL, D. en J. VAN DER ZEE - 1984. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer: cijfers uit de periode 1976 - 1978. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62, no. 11, 428 - 432.
- ZEE, J. VAN DER - 1979. Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg: samenwerking tussen hulpverleners. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel III.
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Dissertatie.
- ZEE, J. VAN DER - 1985. Herverkavelen in de gezondheidszorg; (Kritiek op nota Harmonisatieraad Welzijnsbeleid). Medisch Contact, 40, no. 16, 1265 - 1267.
- ZIEKENFONDSRAAD - 1979. Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra, Amstelveen. nr. 104.

BIJLAGEN

BIJLAGE BIJ DEEL I

BIJLAGE A GEMIDDELDEN EN STANDAARDDEVIATIES

| VARIABLE | MEAN | STANDARD DEV | CASES |
|----------|------------|--------------|-------|
| VCTOT | 463.5189 | 120.7941 | 4191 |
| OCTOT | 114.9224 | 27.1660 | 4191 |
| VPCTOT | 1924.6754 | 626.3738 | 4191 |
| OPNAWYS | 25.8875 | 13.2073 | 4196 |
| VPOPNAME | 16.6292 | 4.2975 | 4214 |
| NOORD | .1232 | .3287 | 4214 |
| OOSTMID | .2525 | .4345 | 4214 |
| WEST | .4290 | .4950 | 4214 |
| ZUID | .1936 | .3952 | 4214 |
| PLATLAND | .1203 | .3254 | 4214 |
| STADPLAT | .2019 | .4015 | 4214 |
| KLSTAD | .1030 | .3040 | 4214 |
| FORENS | .1346 | .3413 | 4214 |
| MIDSTAD | .1547 | .3617 | 4214 |
| BIGSTAD | .2855 | .4517 | 4214 |
| SOLO | .7855 | .4105 | 4214 |
| SOLASS | .0411 | .1984 | 4214 |
| ASSOCIE | .1400 | .3470 | 4214 |
| GROEPS | .0152 | .1223 | 4214 |
| CENTRUM | .0183 | .1340 | 4214 |
| REALDIST | 5.4191 | 7.3289 | 4214 |
| TOTSPEC | .3785 | .1356 | 4214 |
| BEDDEN | 4.7272 | .9070 | 4214 |
| GEMLEEF | 34.4349 | 4.5741 | 4107 |
| OUDER | 17.72459 | 7.0577 | 4107 |
| VRUCHT | 25.4582 | 3.6992 | 4107 |
| VFTOTVER | 1.0070 | .1707 | 4214 |
| VFTOTREL | 1.0405 | .2579 | 4099 |
| ZFPAT | 1900.9422 | 725.4085 | 4203 |
| PERCMAN | 48.0019 | 3.3466 | 4107 |
| INGELD | 25191.7133 | 2950.6493 | 4214 |

BIJLAGE C Structuurvergelijkingen voor verwijzingen met drie verschillende representanten van de onafhankelijke variabele leeftijd.

| Verwijzingen per 1000 ziekenfonds-patiënten | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------------|------|----------------------------|------|
| variabelen | Met gemiddelde leeftijd | | Met % ouder dan 60 jaar | | Met leeftijdsfactor B.A.Z. | |
| | B | T | B | T | B | T |
| Zuid | 53.30 | 11.5 | 59.22 | 13.4 | 52.71 | 11.4 |
| Platteland | -53.30 | 7.7 | -57.77 | 8.3 | -52.85 | 7.6 |
| Verst. platteland | -43.28 | 7.2 | -47.84 | 8.1 | -43.35 | 7.2 |
| Forensengemeenten | -31.89 | 4.1 | -34.88 | 4.5 | -31.96 | 4.2 |
| Kleine steden | -13.99 | 6.5 | -18.26 | 2.8 | -13.86 | 2.1 |
| Middelgr. steden | 17.27 | 3.2 | 15.92 | 3.0 | 16.89 | 3.1 |
| Gezondh. centra | -41.09 | 3.5 | -43.36 | 3.7 | -41.66 | 3.6 |
| Associaties | - 9.67 | 2.1 | - 9.29 | 2.0 | -10.78 | 2.3 |
| Afstand in km. | - 3.45 | 11.9 | - 3.45 | 11.9 | - 3.44 | 11.9 |
| Inkomen/1000 gld. | - 3.70 | 4.7 | - 3.37 | 4.3 | - 3.71 | 4.7 |
| Spec./1000 inw. | 178.87 | 12.9 | 184.23 | 13.3 | 178.94 | 12.9 |
| % mannen | - 2.04 | 3.7 | - 2.09 | 3.7 | - 2.03 | 3.7 |
| ZF-patiënten | - .0006 | 2.5 | - .0006 | 2.4 | - .007 | 2.8 |
| Gem. leeftijd | 3.85 | 9.4 | | | - | - |
| % ouder dan 60 | - | | 2.38 | 9.3 | - | - |
| Leeftijdsfactor B.A.Z. | - | | - | | 332.37 | 9.4 |
| Constante | 497.07 | 12.3 | 15.9 | 15.9 | 287.20 | 5.2 |
| R ² | | .327 | | .324 | | .327 |

BIJLAGE A BIJ DEEL III

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

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

| Specialisme | Solo-artsen met voorkeur voor: | | |
|---|--------------------------------|------------|-------------------------|
| | Solo-praktijk | Associatie | Gezondheids- centrum |
| 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 |
| Gyneacologie | 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 | 358.3 | 337.3 | 381.6 |
| totaal verwijscijfer | 466.0 | 443.1 | 492.2 |
| n = | 34 | 48 | 21 |

BIJLAGE A DEEL IV

Utrecht, 29 april 1983
REL 045 - DW/JE



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

Geachte huisarts,

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

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

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

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

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

mariahoek 4 · utrecht · postgiro nr 394072 · amro bank nv te utrecht rekening nr 48.44.59.724



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

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

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. D. Wijkel,

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

DEFINITIES EN INDELING VRAGENLIJST

WE ~~STREKEN VAN SAMENWERKING ALS AAN DE VOLGENDE VOORWAARDEN WORDT VOLDAAN:~~

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

DE VRAGENLIJST BESTAAT ACHTEREENVOLGENS UIT DE VOLGENDE DELEN:

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

TOELICHTING VRAAG A1

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

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

Utrecht, 6 mei 1983

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

Wanneer U inmiddels deze vragenlijst heeft teruggestuurd, willen wij U daarvoor hartelijk dank zeggen. Wanneer U daartoe nog niet in de gelegenheid bent geweest, vragen wij U dat een dezer dagen te doen.

Omdat de lijst maar aan een relatief kleine, maar wel representatieve groep huisartsen is gestuurd, is het van groot belang dat ook Uw gegevens in de studie worden meegenomen.

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

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Dr. D. Wijkel,
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

Utrecht, 30 mei 1983
REL 053 - DW/JE



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

Geachte huisarts,

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

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

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

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

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

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. D. Wijkel
Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

mariahoek 4 - utrecht - postgiro nr 394072 - amro bank nv te utrecht rekening nr 48.44.59.724

NUMMER:

ENQUÊTE SAMENWERKING

nederlands huisartsen Instituut
postbus 2570 3500 GN Utrecht

In deze vragenlijst komt een aantal vormen en aspecten van samenwerking aan bod. Een nauwkeurige beschrijving van enkele gehanteerde begrippen kunt U op de bijgevoegde kaart vinden.
Wij verzoeken U de vragen te beantwoorden naar de situatie op 1 januari 1983 en, indien U toen prakticeerde op 1 juli 1978.

A. MONODISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Uitsluitend met andere huisarts(en)

1. Maakt/maakte U deel uit van:

Associatie in één gebouw

Associatie met gescheiden praktijkadressen

Overleggroep van artsen in een waarnemregeling (waarnemgroep)

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

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

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

I GEREGLD OVERLEG OP VASTGESTELDE TIJDSSTIPPEN

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

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

Stellingen behorend bij het proefschrift van D. Wijkel, Samenwerken
en Verwijzen, Rijksuniversiteit Groningen, 3 juli 1986.

1. Van de verschillende vormen van samenwerking in de eerstelijns blijkt het gezondheidscentrum het meest effectief in het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de tweedelijns.
2. De patiëntenpopulatie van gezondheidscentra verschilt wat betreft de gezondheidstoestand niet van die van patiënten ingeschreven bij andere huisartsen.
3. De verklaring voor de lagere verwijscijfers gerealiseerd door artsen in gezondheidscentra moet gezocht worden in groepsdynamische processen zoals "peer review" en onzekerheidsreductie door -onder meer- onderlinge consultatie.
4. De effecten van samenwerking in de eerstelijns moeten niet alleen in het functioneren van de huisarts gezocht worden, maar ook bij fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen.
5. Veelvuldig en langdurig vergaderen door hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg mag niet zonder meer als samenwerken worden bestempeld.
6. Wanneer het verschil in verwijscijfers tussen huisartsen in diverse praktijkvormen vooral te danken is aan het aantal verlengingsverwijzingen, dan dient ook de rol van de praktijkassistent te worden onderzocht.
7. Gezien het autonome karakter van de werkzaamheden van iedere huisarts, is de kwaliteit van de zorg en de controle daarop het best gewaarborgd in samenwerkingsverbanden met andere huisartsen waarbij er een dagelijks contact is tussen de collega-hulpverleners.
8. De eerstelijns blijft zonder een herkenbare organisatorische structuur een leeg begrip.
9. De huisarts plaatst zichzelf in een ambivalente positie wanneer hij enerzijds een centrale rol wil spelen in de eerstelijns en anderzijds een nauwe relatie met specialisten wil hebben.

10. In plaats van arbeidstijdverkorting door middel van extra vrije dagen, zou voor het wetenschappelijk personeel gekozen moeten worden voor het Amerikaanse systeem waarbij de medewerkers gedurende negen maanden per jaar betaalde arbeid verrichten. De resterende maanden kunnen dan naar eigen inzicht besteed worden aan studie en/of vakantie.
11. Wil men de eerstelijns daadwerkelijk versterken, dan zullen gezondheidscentra voorzien moeten worden van adequaat management.
12. Als inpoldering van de Markerwaard afwezig blijft, zou de Nederlandse regering ten behoeve van de ontwikkelingssamenwerking de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders in zijn geheel moeten inschakelen bij de bevloeiing van het in cultuur brengen van de woestijngebieden in Afrika.
13. Op basis van het werk van Feldstein, die het 'agent' model introduceert, waarbij de huisarts optreedt als beslisser voor de patiënt (consument) met betrekking tot de medische consumptie, ligt het voor de hand de voorschrijvende huisarts te laten betalen voor het recept in plaats van de patiënt via de zgn. medicijnknaak. (Feldstein, M.S., *Econometric studies of health economics*. In: M.D. Intrilligator and D.A. Kendrick (Eds.), *Frontiers of Qualitative Economics*, North Holland Publ. Co. Amsterdam, 1974).
14. Om de resocialisatie van geïnstitutionaliseerde psychiatrische patiënten te bevorderen, zou de (ex)patiënt zelf van de besparing die het vrijmaken van een psychiatrisch bed oplevert moeten kunnen profiteren.

| PEILDATUM 1 JAN 1983 | | | | PEILDATUM 1 JULI 1978 | | |
|--|---|--------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> n.v.t. <i>P. OVERLEG OVER AFSPRAKEN,</i> bijv. evaluatie van procedurele afspraken | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR |
| | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur |
| <input type="checkbox"/> n.v.t. <i>P. OM- OF TOEGANGSLIJN,</i> bijv. aan de hand van casusbesprekingen (alleen huisartsen onder elkaar) | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR |
| | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur |
| <input type="checkbox"/> n.v.t. <i>P. OMDREVENING TOEWIJZING,</i> aan de hand van vastgelegde criteria wordt het medisch handelen geëvalueerd | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR | MET WIE? | FREQUENTIE | DUUR |
| | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Associé | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> Waarneem- groep | ... maal per | ...uur |
| | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur | <input type="checkbox"/> | ... maal per | ...uur |
| <i>II OVERTG EN INCIJDNTEPEL (AD ENK) OVERLEG MET UITSLUITEND ANDERE HUISARTSEN</i> | | | | | | |
| 1983 | | | 1978 | | | |
| Activiteit: | | | Activiteit: | | | |
| Met wie? | | | Met wie? | | | |
| Frequentie: ... maal per | | | Frequentie: ... maal per | | | |
| Duur: ... uur | | | Duur: ... uur | | | |
| 3. Raadpleegt U uw collega-huisartsen wel eens buiten vastgesteld overleg om (bijv. telefonisch) over diagnostiek of behandeling van patiënten? | | | | | | |
| | | ASSOCIÉ | | ANDERE HUISARTSEN | | |
| | | 1983 | 1978 | 1983 | 1978 | |
| Zelden of nooit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Soms, hooguit eens per maand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Regelmatig, gemiddeld eens per maand tot eens per week | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zeer regelmatig, gemiddeld meer dan eens per week | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| EVENTUELE OPMERKINGEN: | | | | | | |

B. INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

- Met werkers van één andere discipline

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

| OVERLEG MET ALLEEN WIJKVERPLEEGKUNDIGEN <input type="checkbox"/> n.v.t. | | | | | | |
|---|---|------------|------|---|---|--|
| OPMERKINGEN: | PEILDATUM 1 JAN. 1983 | | | PEILDATUM 1 JULI 1978 | | |
| | ACTIVITEIT | FREQUENTIE | DUUR | <input type="checkbox"/> n.v.t. | <input type="checkbox"/> Idem als in 1983 | |
| | <input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Informeel overleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Informeel overleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Consultatie-bureau's ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Consultatie-bureau's ... maal peruur | | |

| OVERLEG MET ALLEEN MAATSCHAPPELIJK WERKERS <input type="checkbox"/> n.v.t. | | | | | | |
|--|---|------------|------|---|---|--|
| OPMERKINGEN: | PEILDATUM 1 JAN. 1983 | | | PEILDATUM 1 JULI 1978 | | |
| | ACTIVITEIT | FREQUENTIE | DUUR | <input type="checkbox"/> n.v.t. | <input type="checkbox"/> Idem als in 1983 | |
| | <input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Patiëntenoverleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Organisatorisch overleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Informeel overleg ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Informeel overleg ... maal peruur | | |
| | <input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking ... maal peruur | | | <input type="checkbox"/> Overleg over het functioneren v.d. samenwerking ... maal peruur | | |

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

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

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

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

C. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Met meerdere eerstelijns hulpverleners tegelijk.

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

Bij "Nee" door naar onderdeel D → Nee

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

*ONDER HOME-TEAM VERSTAAN WE EEN SAMENWERKINGSVERPAAK ONDER VERSCHEIDENFELIJK BUITENGEBOUD,
WAARIN TRIMINSTE HUISARTS(EN), WIKKVERPLEEGKUNDIG(EN) EN MAATSCHAPPELIJK WERKER(S) PARTICIPEREN;*

Ja, in 1983

Ja, in 1978

Nee, in ander verband

3. Hoe is/was die multidisciplinaire groep samengesteld?

| |
|---------------------------|
| Huisartsen (buiten Uzelf) |
| Wijkverpleegkundigen |
| Fysiotherapeuten |
| Psychologen |
| Apotheker |
| Maatschappelijk werker |
| Andere: |

| PEILDATUM 1 JAN. 1983 | |
|-----------------------|--|
| Aantal | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| PEILDATUM 1 JULI 1978 | |
|-----------------------|--|
| Aantal | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Toelichting

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

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

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

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

VOORDELEN

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

NADELEN

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

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

Positief

Neutraal

Negatief

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

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

Nee

Ja

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

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

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

(HIER AANTAL INVULLEN) →

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

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

Nee

Ja

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

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

**E. ALGEMENE VRAGEN OVER
UW PRAKTIJKUITOEFENING**

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

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

OPMERKINGEN:

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

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

| 3. Hieronder volgt een aantal opvattingen over de taakuitoefening van de huisarts. Wilt U aangeven in hoeverre U het daarmee eens of oneens bent? | | | | | |
|---|---------------|------------------|-------------|--------------------|-----------------|
| | Volledig eens | Grotendeels eens | Geen mening | Grotendeels oneens | Volledig oneens |
| A. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen. | 25 % | 33 % | 11 % | 20 % | 11 % |
| B. Een deel v.h. diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou eigenlijk even goed door huisartsen gedaan kunnen worden. | 34 % | 46 % | 8 % | 10 % | 1 % |
| C. Het belang van "mantelzorg" wordt door velen overdreven. | 7 % | 21 % | 42 % | 23 % | 6 % |
| D. Als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts eerst te vragen of dat wel echt nodig is. | 35 % | 40 % | 8 % | 13 % | 4 % |
| E. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist. | 6 % | 23 % | 10 % | 45 % | 14 % |
| F. De voornaamste taak van de huisarts is de patiënt zelf verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid bij te brengen. | 33 % | 47 % | 6 % | 10 % | 3 % |
| G. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven. | 6 % | 17 % | 16 % | 40 % | 21 % |
| H. Een huisarts die een ziekenhuispatiënt bezoekt heeft, ook zonder tussenkomst van de specialist, recht op inzage van de status. | 63 % | 20 % | 6 % | 7 % | 4 % |
| I. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is. | 25 % | 46 % | 13 % | 14 % | 3 % |
| J. De zorg voor diabetici is in de eerste plaats een taak voor de specialist. | 7 % | 21 % | 9 % | 52 % | 11 % |
| <p>Einde vragenlijst.</p> <p>Hartelijk dank voor de tijd en moeite die U aan het invullen heeft besteed. Op de volgende pagina kunt U ons machtigen LISZ-gegevens met deze vragenlijst in verband te brengen.</p> | | | | | |

VERKLARING:

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

Naam en stempel huisarts:

Handtekening huisarts:

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

BIJLAGE B DEEL IV

Structuurvergelijking van het totale verwijscijfer 1982.

| Variabelen | Verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten | |
|---|---|------|
| | B | T |
| Regio noord | -- | -- |
| Regio oost en mid | -35.46 | 2.5 |
| Regio zuid | -- | -- |
| Platteland | -- | -- |
| Verst. Platteland | -- | -- |
| Forensenplaatsen | -- | -- |
| Kleine steden | -- | -- |
| Middelgrote stad | -- | -- |
| Specialistenratio* | 1.32 | 2.8 |
| Gemiddelde leeftijd | 3.79 | 3.1 |
| Zf.patiënten x 1000 | -0.02 | 2.5 |
| Gezinsinkomen | -- | -- |
| Afstand tot zkh | -4.73 | 5.1 |
| Vest. jaar huisarts | -- | -- |
| Dummy associatie | -- | -- |
| Schaal somatisch-ther. handelen | 5.08 | 5.0 |
| Nascholingsbijeenk. specialist als consulent | -1.80 | 2.0 |
| Diagn. apparatuur | -19.43 | 2.0 |
| Constante | 218.76 | 5.4 |
| R ² | .396 | .314 |

* per ziekenhuisregio
- niet significant.

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 1 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 wegebden, 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.

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 gezinssituatie. 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 de bijlage. 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 onze 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 Kalle en als nieuw probleem carcinoom van de vulva, wordt geadviseerd een specialist te consulteren van een hoogbejaarde patiënt met decorumverlies en een veelvoud aan somatische problemen wordt afgesproken dat screening door een psychogeriatr 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 afd. 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 (zie ook hoofdstuk 7).

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 adviesinformatie gevraagd m.b.t. een specialistische medicamenteuze behandelingen, 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 colleg'as plaats i.v.m. 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 éénmaal 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 als huisarts 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 e.d.), maar de belangrijkste onderwerpen 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 **eerstelijnspsycho-**

loog . 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 '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 achterwege 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 overleg, waarbij voornamelijk informatie wordt uitgewisseld, 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 verwijzindicaties.

Met de wijkverpleegkundigen wordt gesproken over een andere organisatorische opzet van het consultatiebureau. Ad hoc vindt met de 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 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 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 een 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 om 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.

Overleg met specialisten buiten spreekuren

Arts 1 werkzaam in een gezondheidscentrum wordt tijdens de observatieperiode van veertien dagen slechts éénmaal geteld door een specialist. Het is een klinisch chemicus die meldt dat een patiëntje van vier jaar positief heeft gereageerd 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 geeft 15 contacten met specialisten waarvan twee niet telefonisch plaatsvinden. Samen met een longarts worden de longfoto's van een verwezen en 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 **Arts 9** wordt ontslagen en een longarts om te melden dat een patiënt een beroepsprocedure heeft aangespanningen 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. 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.

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.

BIJLAGE F DEEL IV

NEREDLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Consultregistratie 'Samenwerken en Verwijzen'

| ALGEMENE GEGEVENS | | DIAGNOSE | |
|--|--|--|--|
| Codenr. arts: Datum: Geboortjaar 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"/> telef. <input type="checkbox"/> chron. aandoening <input type="checkbox"/> visite <input type="checkbox"/> pil/zwangersch.contr. <input type="checkbox"/> avond/weekend <input type="checkbox"/> herh.contrôle <input type="checkbox"/> overige | | Diagnose/Probleem:(1) (1) puur somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puur psychosociaal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnose/Probleem:(2) (2) puur somatisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puur psychosociaal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 beperkt aantal mogelijkheden <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 | |
| Verwijzing/Opname: ook de vragen bij B beantwoorden (1) <input type="checkbox"/> verwijzing hulpverlener: ----- (2) <input type="checkbox"/> verwijzing hulpverlener: | | Overleg met andere hulpverleners n.a.v. dit consult: ook de vragen bij C beantwoorden (1) <input type="checkbox"/> overleg tijdens consult <input type="checkbox"/> anders: t.w. hulpverlener: ----- (2) <input type="checkbox"/> overleg tijdens consult <input type="checkbox"/> anders: t.w. hulpverlener: ----- | |
| B 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 | | C 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 (wil 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: - Wordt verwijzing naar een specialist overwogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | |
| 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 verwijzingskaart wegens verandering van huisarts) <input type="checkbox"/> initiatief van huisarts/patiënt | | OPMERKINGEN: | |
| B. Wordt meer naar de overnamen, is deze verwijzing bedoeld voor: <input type="checkbox"/> louter diagnose door de specialist <input type="checkbox"/> behandeling door specialist <input type="checkbox"/> diagnose en (zondag) behandeling door de specialist | | | |

