

SAMENWERKEN EN VERWIJZEN

Samenvatting

01
gezondheidsbeleving /
groepsvaliditeit /

nieuwsaankomst /

D. Wijkkel

juni 1986

bibliotheek

drieharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1986

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

vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius
tekstverwerking: Marina van Geelkerken
NIVEL-brochure 86-03

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

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatie-activiteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalig Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De tekst van deze brochure is ontleend aan een artikel in het Vademecum 'Eerstelijnszorg' onder de titel 'Lagere verwijscijfers van artsen in Gezondheidscentra', Samsom 1986

INHOUD	pag
1. INLEIDING	5
2. KUNNEN STRUCTURELE FACTOREN DE VERSCHILLEN IN VERWIJSCIJFERS VERKLAREN?	8
2.1. De structurele factoren	9
2.2. Onderzoeksmethoden en materiaal	10
2.3. Resultaten	11
3. ZIJN PATIENTEN VAN GEZONDHEIDSCENTRA GEZONDER DAN PATIENTEN VAN SOLO-HUISARTSEN?	14
3.1. Resultaten	14
4. ZIJN HUISARTSEN IN GEZONDHEIDSCENTRA STERKER GEMOTIVEERD?	17
4.1. Resultaten	19
5. ZIJN DE VERSCHILLEN IN VERWIJSCIJFERS IN VERBAND TE BRENGEN MET VERSCHILLEN IN VORM EN INTENSITEIT VAN (MULTIDISCIPLINAIRE) SAMENWERKING?	20
5.1. Resultaten	21
6. SAMENVATTING	23
LITERATUUR	26

1. INLEIDING

Het stimuleren van samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, vooral in de vorm van gezondheidscentra, is een belangrijk uitgangspunt in het overheidsbeleid. Men probeert daarmee onder meer te bereiken dat kostbare verrichtingen in de tweede lijn worden verminderd ten gunste van de eerste lijn, en dat de samenhang in de voorzieningen verbetert. Aangezien huisartsen in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg als poortwachter fungeren voor de specialistische voorzieningen, is de rol van de huisarts daarin van groot belang. Wanneer deze er in slaagt meer patiënten zelf te behandelen, of thuis te laten verplegen, dan kan het aantal verwijzingen en opnamen omlaag. Het aantal (verlengings)verwijzingen en het aantal verpleegdagen kan omlaag als een huisarts actief betrokken blijft bij de behandeling van chronische patiënten en als er goede nazorg komt voor patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden.

Met het stimuleren van gezondheidscentra door verstrekking van stimuleringssubsidies en bijdragen in de exploitatiekosten via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, wil men de zorgverlening in de eerste lijn geïntegreerd laten verlopen; dat wil zeggen: geen overlapping van voorzieningen en geen dubbel werk. Vooral omdat samenwerking tijdrovend overleg met zich meebrengt, tijd waarin geen patiëntconsulten kunnen plaatsvinden, wordt de zogenaamde rekennormpraktijk 15% lager gesteld dan voor huisartsen die niet in een gezondheids-

centrum werken. Veel gezondheidscentra, vooral waar de hulpverleners in loondienst werken, blijken desondanks hun exploitatierekening om verschillende redenen niet sluitend te kunnen krijgen (Peters, 1983).

De Ziekenfondsraad, die steeds met verzoeken om aanvullende subsidie werd geconfronteerd, stelde daarop kritische vragen over de veronderstelde baten van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Gegevens van de Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen wijzen duidelijk op een aanzienlijk lager kostenniveau in de tweede lijn voor patiënten die staan ingeschreven bij huisartsen in gezondheidscentra. Zowel het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten als het aantal opnamen en verpleegdagen blijkt gedurende alle jaren dat het VNZ-systeem vier verschillende praktijkvormen onderscheidt, voor gezondheidscentra steeds het laagst te zijn. Naast deze landelijke gegevens wordt er door onderzoekers ook melding gemaakt van besparingen in plaatselijke situaties. Deze positieve cijfers worden echter niet zonder meer als juist aanvaard. Ze zouden immers veroorzaakt kunnen zijn door een relatief jonge en gezonde patiëntenpopulatie in gezondheidscentra.

Na een eerdere poging, in opdracht van de Ziekenfondsraad, die strandde op een te gering aantal onderzoekswaarnemingen, werd in 1982 aan het NIVEL (toen nog het NHI) de opdracht gegeven deze mogelijk positieve effecten van samenwerking kritisch te onderzoeken.

Het onderzoeksprogramma, waarvan dit een samenvatting is, gaat in op vier verschillende onderzoeksvragen:

1. Zijn de aangetroffen verschillen tussen solistische en (multidisciplinair) samenwerkende huisartsen bestand tegen toetsing op factoren waarvan bekend is dat ze het verwijscijfer van huisartsen beïnvloeden?
2. Zijn patiënten van gezondheidscentra gezonder dan patiënten van solohuisartsen? (Zijn het andere patiënten?)
3. Zijn de verschillen in verwijscijfers terug te voeren op een sterkere of anders getinte motivatie van artsen in gezondheidscentra? (Zijn het andere artsen?)
4. Zijn de verschillen in verwijscijfers in verband te brengen met verschillen in vorm en intensiteit van (multidisciplinaire) samenwerking?

De eerste drie vragen zijn samen te vatten met de vraag "is het nu wel zo, dat huisartsen in gezondheidscentra inderdaad minder verwijzen dan huisartsen in solopraktijken?" Als kan worden aangetoond dat de statistische relatie wordt veroorzaakt door een derde factor (of combinatie van factoren) dan wordt de samenhang tussen praktijkvorm en verwijscijfers daarmee "weg verklaard". De vierde vraag kan worden opgevat als "werkt het nu wel zo?"; kan inderdaad worden aangetoond dat minder verwijzingen naar de specialistische gezondheidszorg te maken heeft met juist het feit dat er wordt samengewerkt.

In de volgende paragrafen zullen deze vier vragen achtereenvolgens aan bod komen. Omdat voor de verschillende onderzoeksvragen steeds andere gegevens worden gebruikt, bevatten alle paragrafen naast een verdere uitwerking van de vraagstelling en de resultaten ook een gedeelte waarin de gegevens en de gegevensverzameling wordt besproken. In feite gaat het hier om vier aparte deelonderzoeken.

2. KUNNEN STRUCTURELE FACTOREN DE VERSCHILLEN IN VERWIJSCIJFERS VERKLAREN?

Er is in Nederland veel onderzoek gedaan naar factoren, buiten de directe invloedssfeer van de huisarts, die voor een deel de variantie in het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten kunnen verklaren. Niet zonder reden wordt daarbij veel aandacht geschonken aan aanbodfactoren zoals het aantal specialisten per 100.000 inwoners en de praktijkgrootte van huisartsen. Naast verwijsggegevens zijn ook opname- en verpleegduurcijfers onderzocht. De meeste van deze studies werden uitgevoerd op het niveau van provincies, ziekenfonds-districten of gemeenten. Wij voeren het onderzoek uit op het niveau van de praktijk. Wanneer meerdere artsen in één praktijk werken, zoals in duo-praktijken en gezondheidscentra, werden de gemiddelde cijfers van de praktijken gebruikt. Ondanks dit verschil in aggregatieniveau, vergeleken met andere studies mag verondersteld worden dat dezelfde factoren een rol spelen.

2.1. DE STRUCTURELE FACTOREN

Aanbod en toegankelijkheid van specialistische zorg

- De afstand tot een algemeen ziekenhuis. In alle studies (o.a. Kruidenier, 1976; Posthuma en Van der Zee, 1977; Rutten en Van der Gaag, 1977) wordt een lineair verband gevonden tussen de afstand en verwijscijfers. Hoe verder de praktijk van een ziekenhuis is verwijderd des te lager is het verwijscijfer. In dit onderzoek gebruiken we de afstand over de weg van woonplaats naar plaats met een ziekenhuis waarop de bevolking in meerderheid is georiënteerd.
- Het aantal medisch specialisten per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. (Bij de verklaring van opnamecijfers het aantal bedden). Een groter aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen hangt altijd samen met hogere verwijscijfers.

Sociale en demografische variabelen

- De urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van de huisarts. Op het platteland zijn de verwijscijfers aanzienlijk lager dan in stedelijke gebieden.
- De regio van het land. In het zuiden van Nederland blijken de verwijscijfers hoger te liggen dan in de rest van het land.
- Inkomensniveau van de gemeente. In gemeenten met een hoger inkomensniveau per inkomenstrekker is het verwijscijfer lager.

Praktijkenmerken

- De leeftijds- en geslachtsamenstelling van de praktijk. Met een toenemende leeftijd neemt de kans op een verwijzing toe. Vrouwen blijken iets vaker verwezen te worden. In deze studie gebruiken we de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten en het percentage mannen.
- Praktijkgrootte. Hierbij worden tegenstrijdige resultaten gevonden. Rutten en Van der Gaag (1977) vonden een negatieve relatie tussen het aantal huisartsen per 10.000 inwoners en verwijscijfers op het aggregatieniveau van ziekenfondsdistricten. Posthuma en Van der Zee (1977) vonden een positieve relatie op het niveau van de gemeente, terwijl Kruidenier (1976) op het niveau van de praktijk geen relatie kon vinden. Wij gebruiken het aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk, aangezien het aantal particulieren per praktijk onbekend is.
- Het vestigingsjaar van de huisarts. Er zijn aanwijzingen dat het aantal ervaringsjaren van een huisarts een reducerende invloed heeft op het verwijscijfer.

2.2. ONDERZOEKSMETHODEN EN MATERIAAL

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit een gegevensbestand van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Dit bestand bevat van alle huisartsen het aantal gedeclareerde verwijskaarten, het aantal opnamen en verpleegdagen in ziekenhuizen, alsmede het aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten en de leeftijds/geslachtsverdeling van die patiënten. Aan dit bestand werden de overige besproken facto-

ren inclusief de praktijkvorm toegevoegd.

Om aan te tonen dat huisartsen werkzaam in verschillende praktijkvormen onder overigens gelijkblijvende omstandigheden verschillende verwijscijfers hebben, maken we gebruik van twee verschillende methoden. Bij de eerste methode worden de omstandigheden gelijk gemaakt door middel van multiple regressie-analyse. De tweede methode maakt gebruik van paarsgewijze vergelijking ("matching"): bij iedere gezondheidscentrum (en groepspraktijk) wordt een aantal praktijken gezocht dat met betrekking tot de beschreven factoren vergelijkbaar is. De "praktijken-paren" in dit onderzoek zijn zo mogelijk in dezelfde gemeente of provincie gezocht om zodoende specifieke culturele aspecten en eigenaardigheden van de locale gezondheidszorg gelijk te houden. Deze laatste methode biedt bovendien de mogelijkheid om de analyses over meerdere jaren uit te voeren, terwijl we ons bij de regressiemethode beperken tot 1978, aangezien alleen voor dat jaar alle gegevens beschikbaar zijn.

2.3. RESULTATEN

Voor de regressie-analyse beschikken we over een bestand met gegevens uit 1978 van 4.190 praktijken. De 77 gezondheidscentra die in dat bestand aanwezig zijn verschillen op een aantal punten duidelijk van andere praktijken. Zo is de gemiddelde leeftijd van de ingeschreven ziekenfondspatiënten drie jaar lager dan in solopraktijken. De praktijken zijn ook duidelijk kleiner. Daarnaast zijn de gezondheidscentra gemiddeld vaker in ste-

den gesitueerd en is de afstand tot een algemeen ziekenhuis kleiner. Deze verschillen wijzen op tegengestelde effecten op het verwijscijfer die elkaar mogelijk opheffen, maar het netto-effect staat niet bij voorbaat vast.

Het belangrijkste resultaat van de uitgevoerde **regressie-analyse** is dat de verwijscijfers van gezondheidscentra en ook die van duopraktijken onder overigens gelijke omstandigheden werkelijk lager zijn dan van solopraktijken. Als we rekening houden met deze lagere verwijscijfers blijft er wat de opnamecijfers betreft geen duidelijk verschil meer over. Datzelfde geldt ook voor het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondsverzekerden bij gelijkgesteld verwijs- en opnamecijfer. Wanneer geen rekening gehouden wordt met de lagere verwijscijfers, dan blijkt het aantal verpleegdagen voor patiënten van gezondheidscentra wel lager te zijn. De verschillen in opnamecijfers blijven echter gering.

Komen we terug op de vergelijking van de verwijscijfers, dan zien we dat de besproken factoren inderdaad de verwachte invloed hebben. In de middelgrote stad is het verwijscijfer het hoogst. Ook vinden wij een duidelijk hoger verwijscijfer in het zuiden. De afstand tot een algemeen ziekenhuis, de gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten en het specialistenaanbod leveren ook een belangrijke bijdrage aan de gevonden verschillen. De overige factoren spelen slechts een bescheiden rol. Het vestigingsjaar blijkt in het geheel geen invloed te hebben. Wij vinden overigens een zwak negatief verband tussen verwijscijfers en het aan-

tal ziekenfondspatiënten in de praktijk. Zo'n verband kan wellicht verklaard worden doordat een huisarts met een grote praktijk per patiënt minder hulpverleningscontacten kan hebben, waardoor de kans op een verwijzing kleiner wordt. Bij het opnamecijfer zien we (behalve de invloed van het verwijscijfer) dat het beddenaanbod een belangrijke rol speelt, en verder de gemiddelde leeftijd en het percentage patiënten jonger dan vijf jaar. Ook de afstand tot het ziekenhuis en de 'regio zuid' hebben een belangrijke invloed. Het aantal verpleegdagen per 1000 ziekenfondspatiënten wordt in zeer belangrijke mate bepaald door het opnamecijfer. De gemiddelde leeftijd van de ziekenfondspatiënten in de praktijk en het beddenaanbod blijken ook belangrijke factoren. Tevens blijkt dat in de grote stad onder overigens gelijke omstandigheden het aantal verpleegdagen groter is.

De resultaten op basis van de methode van **paarsgewijze vergelijking** ("matching") leveren dezelfde resultaten op. Zowel voor gezondheidscentra als voor groepspraktijken geldt dat ze lagere verwijscijfers hebben dan vergelijkbare solo- en duopraktijken. Zoals gezegd, kon dezelfde analyse ook uitgevoerd worden voor 1979 en 1980., Waarschijnlijk omdat er in die jaren geen pas gevestigde huisartsen meer in het bestand zitten waren de verschillen nog groter.

3. ZIJN PATIENTEN VAN GEZONDHEIDSCENTRA GEZONDER DAN PATIENTEN VAN SOLO-HUISARTSEN?

We gaan hier niet uitgebreid in op de vraag waarom ziekenfondspatiënten uit gezondheidscentra "gezonder" zouden zijn dan die uit solopraktijken. Het is overigens ook niet erg voor de hand liggend dat gezonde patiënten zich bij een gezondheidscentrum en zieke patiënten zich bij een solo-arts zouden laten inschrijven (vaak heeft men niet eens een reële keuze). Een mogelijke reden zou kunnen zijn dat huisartsen in gezondheidscentra terughoudender zijn met verwijzen waardoor zieke patiënten naar sneller verwijzende huisartsen zouden kunnen overstappen. Hoe dan ook, vanuit onze opzet het werkelijkheidsgehalte van het aangetroffen verschil in verwijscijfers te willen testen, moet de vraag naar mogelijke verschillen in "praktijkpopulaties" zeker gesteld worden.

De vraag wordt beantwoord met behulp van gegevens uit de (sinds 1981) jaarlijks in Nederland door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gehouden gezondheidsenquête. In deze enquête wordt onder meer gevraagd naar de vorm van de huisartspraktijk waarbij men als patiënt is ingeschreven. De eigen rapportage van de gezondheid van de respondent en de medische consumptie nemen in de gezondheidsenquête een belangrijke plaats in.

3.1. RESULTATEN

Op het terrein van de verklaring van verschillen in medische consumptie bestaat in Nederland een rijke onderzoekstraditie.

Het doktersbezoek wordt daarbij veelal als de belangrijkste maat gebruikt, maar ook het medicijngebruik en verder het aantal herhalingsbezoeken aan de huisarts en het specialistenbezoek zijn daarbij onderwerp van studie (o.a. Van der Zee, 1982; Van de Ven en Van Vliet, 1982).

In dit verband wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt tussen "consumptienoodzaak", "consumptiegevoeligheid" en "consumptiemogelijkheid". De factoren die de consumptienoodzaak meten, blijken (uiteraard) het meeste verschil in medische consumptie te verklaren; dat zijn onder andere gegevens over het aantal chronische aandoeningen, subjectief ervaren gezondheidstoestand en bedlegerigheid (zie ook: Mootz, 1984). Daarnaast blijken ook persoons- of gezinsvariabelen een rol te spelen. In de CBS-gezondheidsenquête is een aantal variabelen die de consumptiegevoeligheid meten (de VOEG; tevredenheid met de eigen gezondheid) niet opgenomen.

In de gezondheidsenquête wordt aan de respondent onder meer gevraagd hoe de huisarts werkt: In een gezondheidscentrum met tenminste één maatschappelijk werkende, samen met andere huisarts(en) in één gebouw, of alleen.

Deze drie praktijkvormen blijken van elkaar te verschillen voor wat betreft de leeftijdsverdeling, het type huishouden en het huishoudinkomen. De leeftijdsverschillen komen overeen met de gegevens die we in de vorige paragraaf hebben behandeld. Patiënten in de oudere leeftijdsgroepen zijn bij gezondheidscentra ondervertegenwoordigd. Respondenten ingeschreven bij een gezondheidscentrum

behoren vaker tot een zogenaamd één-ouder-gezin. Duidelijke verschillen zijn er bij de gegevens die een indicatie zijn voor sociaal-economische status (let wel! Het gaat hier alleen om ziekenfondspatiënten). De patiënten van gezondheidscentra hebben duidelijk hogere inkomens dan de andere respondenten. Dezelfde verschillen zijn aanwezig bij het opleidingsniveau.

Alhoewel deze verschillen aanzienlijk zijn, mag op basis van de literatuur niet verwacht worden (met uitzondering natuurlijk van de leeftijdsverschillen) dat ze belangrijke verschillen in medische consumptie veroorzaken. De verschillende groepen respondenten verschillen statistisch gezien niet significant van elkaar wat betreft variabelen met een grote invloed op de medische consumptie (gezondheidstoestand en het hebben van chronische aandoeningen). Aangezien in de gezondheidsenquête is gevraagd naar de medische consumptie in de drie maanden voorafgaand aan het interview, kunnen we de samenhang tussen de hiervoor besproken factoren en de medische consumptie analyseren. We stelden vast of het aantal contacten met de huisarts en het aantal verwijzingen per patiëntengroep verschilt wanneer de overige variabelen gelijk worden gehouden.

De variabele praktijkvorm blijkt geen relatie te hebben met het aantal huisartscontacten en het aantal verwijzingen. Dat we op het niveau van de patiënt hier niet dezelfde relatie tussen verwijscijfers en praktijkvorm vinden als op het geaggregeerde niveau van de praktijk kan verschillende redenen hebben. In de eerste plaats zijn de verwijscijfers

van het ziekenfonds samengesteld uit diverse soorten verwijskaarten. Het verschil tussen gezondheidscentra en solo-artsen kan juist te vinden zijn bij de zogenaamde verlengingsverwijzingen; dat zijn "administratieve" verwijskaarten die na een jaar specialistische behandeling worden uitgeschreven. Dergelijke verwijzingen ontbreken in de gezondheidsenquête. Een andere verklaring is mogelijk het betrekkelijk geringe aantal verwijzingen in dit materiaal. De kans dat het statistische significantieniveau wordt gehaald is daarvoor klein (de aanwezige verschillen wijzen wel in de richting van minder verwijzingen van ziekenfondspatiënten ingeschreven bij gezondheidscentra).

Op basis van de cijfers concluderen we dat er behoorlijke verschillen zijn tussen de patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra en huisartsen in andere praktijkvormen. Er is echter geen aanwijzing dat de patiënten van gezondheidscentra gezonder zijn. Verschil in patiëntenpopulatie (gemeten via een landelijke enquête) kan daarom geen verklaring zijn voor verschil in verwijscijfers.

4. ZIJN HUISARTSEN IN GEZONDHEIDSCENTRA STERKER GEMOTIVEERD?

Huisartsen werkzaam in gezondheidscentra hebben taakopvattingen die op een aantal punten afwijken van andere huisartsen. Ze zijn meer "huisartsgeeneeskundig" georiënteerd, ze vinden dat een arts

bepaalde risico's moet durven nemen en bij twijfel niet alles door moeten sturen naar de specialist. Verder vinden ze dat de patiënt meer inbreng gegund moet worden en ook dat meer controle van buitenaf getolereerd moet worden (Verhaak, 1984). Uit een onderzoek van Sanavro (1985) blijkt dat artsen die in gezondheidscentra werken, meer aan "vraagverheldering" doen en ook meer tijd voor de patiënt nemen. De vraag of de huisartsen in gezondheidscentra "andere" artsen zijn moet dus met "ja" beantwoord worden.

We willen ons hier echter afvragen of huisartsen die, op een moment voordat ze zich vestigen, een voorkeur hebben voor samenwerken in een gezondheidscentrum, wat de hoogte van het verwijscijfer betreft verschillen van artsen met een voorkeur voor solopraktijken; ook in het geval de eerste groep uiteindelijk niet in een gezondheidscentrum komt te werken maar zich als solo-arts vestigt. Deze vraag kan ook op een andere manier gesteld worden: "Is taakopvatting op zichzelf een voldoende voorwaarde voor het realiseren van lagere verwijscijfers?". Voor de beantwoording van deze vraag moeten we de praktijkvoorkeur van een arts kennen voorafgaand aan de feitelijke vestiging. Wij hebben daartoe gebruik gemaakt van gegevens van de registratie van niet-gevestigde huisartsen van het NIVEL. De betreffende huisartsen is om toestemming gevraagd deze gegevens te mogen combineren met verwijscijfers van het LISZ (van ongeveer 70% werd die toestemming verkregen).

4.1. RESULTATEN

Hoewel een meerderheid van de niet-geestigde huisartsen er de voorkeur aan geeft zich in een gezondheidscentrum te vestigen, is maar een klein deel van hen in staat die wens te realiseren. Velen van hen hebben geen andere keus dan zich als solo-arts te vestigen.

Omdat het verwijscijfer van individuele artsen in een gezamenlijke praktijk in veel gevallen niet bruikbaar is, waardoor we bij voorkeur het gemiddelde verwijscijfer van de praktijk gebruiken, hebben we onze analyses beperkt tot de huisartsen gevestigd in solopraktijken. Overigens komt het maar zelden voor dat een huisarts met een voorkeur voor een solopraktijk zich in een gezondheidscentrum vestigt.

De voor een aantal structurele factoren gecorrigeerde verwijscijfers van solo-artsen brachten we in verband met hun preferentie voordat ze zich vestigden. De verwijscijfers van de artsen met een voorkeur voor een solopraktijk en die met een voorkeur voor een gezondheidscentrum blijken dan bijna gelijk. De groep huisartsen met een voorkeur voor een duopraktijk had lagere verwijscijfers ongeacht de feitelijke vestigingswijze. De verschillen tussen de drie groepen gevestigd in een solopraktijk zijn statistisch niet significant. De motivatie van een huisarts om in een gezondheidscentrum te willen werken blijkt niet een voldoende voorwaarde te zijn voor lagere verwijscijfers. Als een niet-gevestigde huisarts met een voorkeur voor een gezondheidscentrum zich (noodgedwongen) vestigt in een solopraktijk, is het verwijscijfer

even hoog als het cijfer van een solo-arts die zijn vestigingswens wel heeft gerealiseerd.

5. ZIJN DE VERSCHILLEN IN VERWIJSCIJFERS IN VERBAND TE BRENGEN MET VERSCHILLEN IN VORM EN INTENSITEIT VAN (MULTIDISCIPLINAIRE) SAMENWERKING?

Zoals we hebben gezien, kon een aantal alternatieve verklaringen voor de verschillen in verwijscijfers worden verworpen. In deze paragraaf gaan we op zoek naar twee inhoudelijke aspecten van de samenwerking als oorzaak van de verschillen, te weten de mate van samenwerking en de mate van geïntegreerde zorgverlening. Deze begrippen zijn evenwel te abstract om zonder meer te meten.

In dit onderzoek gebruiken we **twee indicatoren van samenwerking** die via een schriftelijk interview bij een representatieve steekproef van huisartsen, die niet in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werken, zijn verzameld. In de eerste plaats is dat de hoeveelheid tijd die besteed wordt aan patiëntenoverleg met andere hulpverleners en in de tweede plaats het aantal ad-hoc consultaties van collega huisartsen. Met die consultatie van andere hulpverleners kan de onzekerheid, die inherent is aan het werk van de huisarts, mogelijk gereduceerd worden. Mulder (1983) formuleert de positieve effecten als volgt: "Als een huisarts vastloopt in zijn relatie met een patiënt, kan hij een college vragen om een "second opinion"; met een deskundig advies kan hij dan weer verder". Op deze manier

zouden dus onnodige verwijzingen voorkomen kunnen worden.

Als het waar is, dat aspecten van samenwerken verantwoordelijk zijn voor de hoogte van verwijscijfers, moet de relatie onafhankelijk zijn van de praktijkvorm. Binnen de verschillende praktijkvormen zouden de verwijscijfers moeten variëren naar gelang de hoeveelheid overlegtijd en het aantal ad-hoc consultaties.

Op basis van deze overwegingen formuleerden we de volgende **twee hypothesen**:

- Huisartsen die veel samenwerkingsoverleg hebben zowel met collega-huisartsen als binnen een multidisciplinair team zullen de laagste verwijscijfers hebben.
- Er is een negatieve relatie tussen de hoeveelheid monodisciplinair overleg en consultaties; die relatie zal het duidelijkst naar voren komen bij het verwijzen naar interne geneeskunde.

In de vragenlijst die aan huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken werd gestuurd was een groot aantal vragen opgenomen over de samenwerking met andere hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg en medische specialisten. We vroegen daarnaast toestemming om ziekenfondsgegevens over de medische consumptie in de tweede lijn van hun patiënten te mogen gebruiken.

5.1. RESULTATEN

Zoals gezegd zijn in dit onderzoek alleen de overlegsituaties waarin de directe patiëntenzorg aan de orde is, meegenomen. Deze bijeenkomsten kunnen als doel hebben om elkaar te consulteren over een

structurele factoren als de afstand tot het ziekenhuis, het specialistenaanbod en de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging.

Dit lagere verwijscijfer ligt niet, voor zover we dit konden nagaan, aan een andere samenstelling van de patiëntenpopulaties in gezondheidscentra ten opzichte van solopraktijken: patiënten in gezondheidscentra zijn gemiddeld jonger, behoren meer tot één-oudergezinnen, en hebben hogere inkomens; deze kenmerken hangen echter in de door ons geanalyseerde gezondheidsenquête niet samen met het aantal huisartscontacten of het aantal verwijzingen.

Het lagere verwijscijfer kan ook niet verklaard worden door een bepaalde attitude van de huisarts die graag in een gezondheidscentrum wil werken. Artsen die vóór vestiging het gezondheidscentrum als eerste keuzemogelijkheid opgaven, maar tenslotte in solopraktijken terechtkwamen realiseerden geen lagere verwijscijfers dan collega-soloartsen die daar ook tevoren voor gekozen hadden. De vraag "Is het nu wel zo, dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen, juist omdat ze in gezondheidscentra werken?" lijkt bevestigend beantwoord te moeten worden. De vraag naar het mechanisme hierachter roept meer onduidelijkheden op.

De gedachte dat het de **hoeveelheid** overleg is, die het verwijscijfer laag houdt, kan maar zeer ten dele bevestigd worden. Daar komt bij dat dit alleen bij solo- en duopraktijken onderzocht kon worden. In duopraktijken vinden we inderdaad dat men minder verwijst naarmate men meer samenwerkt

(dat wil zeggen: veel tijd besteedt aan patiëntenoverleg). In solopraktijken vinden we zo'n lineair verband niet. Het blijft dus de vraag, in hoeverre de samenwerking, die in gezondheidscentra ongetwijfeld het meest plaats vindt, de belangrijkste oorzaak voor lagere verwijscijfers is.

Een verklaring voor het niet kunnen aantonen van een verband kan verschillende redenen hebben. In de eerste plaats kan verondersteld worden dat de gebruikte operationalisaties voor samenwerking niet adequaat zijn. In de tweede plaats is het mogelijk dat niet de feitelijk meetbare samenwerking de lagere verwijscijfers veroorzaakt, maar de sociale en psychologische processen binnen het team. In de derde plaats wijzen sommige van onze resultaten in de richting van de hypothese dat nauwe monodisciplinaire samenwerking een noodzakelijke conditie is om de positieve effecten van samenwerking in een multidisciplinair team ook werkelijk tot uiting te laten komen. Het gegeven dat hulpverleners in gezondheidscentra vrijwel voortdurend elkaar kunnen consulteren en de nauwe relatie tussen de partners in een duopraktijk lijken dan de doorslaggevende factoren te zijn in het bereiken van lagere verwijscijfers.