

REGISTRATIE SAMENWERKINGSVERBANDEN

IN DE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG

(huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra)

3 SAMENWERKING TUSSEN HULPVERLENERS

(juli 1978)

interviews HENNY VAN DIJK

rapportage JOUKE VAN DER ZEE

november 1979



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Het project: Registratie Samenwerkingsverbanden in de
Eerstelijns Gezondheidszorg wordt gesubsidieerd door:
het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
(tot 1-8-1979)
het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
de Landelijke Huisartsen Vereniging
de Ziekenfondsraad

<u>Inhoudsopgave</u>	<u>pagina</u>
1. INLEIDING EN WERKWIJZE	1
1.1. belangrijke begrippen	1
1.2. wijzigingen ten opzichte van vorige rapporten	2
1.3. werkwijze	3
1.4. beperkingen	3
2. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	5
2.1. gezondheidscentra	5
2.1.1. samenstelling van de gezondheidscentra naar discipline	6
2.1.2. verschillende overlegvormen	8
2.1.2.1. patiëntenoverleg	8
2.1.2.2. multidisciplinair overleg over huishoudelijke en organisatorische zaken	14
2.1.2.3. multidisciplinair beleidsoverleg	19
2.1.2.4. samenwerking/functioneren	23
2.1.2.5. overig multidisciplinair overleg	25
2.1.3. multidisciplinair overleg getotaliseerd	26
2.1.3.1. frequentie en duur van het multidisciplinair overleg	27
2.1.3.2. deelname aan multidisciplinair overleg in gezondheidscentra totaal overzicht	28
2.2. multidisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	34
2.2.1. de aard van het overleg	34
2.2.1.1. het multidisciplinair patiëntenoverleg nader bekeken	36
2.2.2. multidisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken getotaliseerd	37
3. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG	39
3.1. interdisciplinair overleg in gezondheidscentra	39
3.1.1. interdisciplinair overleg tussen huisarts en de andere disciplines van het kernteam	40
3.1.2. interdisciplinair overleg tussen huisarts en de extra disciplines	42
3.1.3. interdisciplinair overleg met hulpverleners buiten het centrum	44
3.1.4. interdisciplinair overleg getotaliseerd	45
3.2. interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	47
3.2.1. de aard van het interdisciplinaire overleg van huisartsen in groepspraktijken	47
4. MONODISCIPLINAIR OVERLEG VAN DE HUISARTSENGROEP	52
4.1. monodisciplinair overleg van huisartsen in gezondheidscentra	52
4.2. monodisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	54
5. SLOTBESCHOUWING	57

Tabellenoverzicht

pagina

Tabel 2.1.	aantal disciplines in gezondheidscentra juli 1978 (nieuwe omschrijving)	6
2.2.	aard van de extra disciplines in gezondheidscentra met meer dan drie disciplines	7
2.3.	plaats van het multidisciplinaire patiëntenoverleg in gezondheidscentra	8
2.4.	frequentie en duur van het aparte multidisciplinaire patiëntenoverleg in gezondheidscentra	10
2.5.	frequentie en duur van het gecombineerde patiëntenoverleg in gezondheidscentra	11
2.6.	deelname van de verschillende disciplines aan het multi- disciplinair patiëntenoverleg in gezondheidscentra met meer dan drie disciplines	12
2.7.	deelname van het kernteam aan het multidisciplinair patiëntenoverleg in gezondheidscentra	13
2.8.	deelname van de praktijkassistenten aan het multidisci- plinair patiëntenoverleg	14
2.9.	plaats van het multidisciplinaire overleg over huishoude- lijke en organisatorische zaken in gezondheidscentra	15
2.10.	frequentie en duur van het multidisciplinaire organisa- torisch overleg in gezondheidscentra	16
2.11.	deelname van extra disciplines aan het multidisciplinair overleg over organisatorische zaken	18
2.12.	deelname praktijkassistenten aan het multidisciplinair overleg over huishoudelijke zaken	18
2.13.	multidisciplinair beleidsoverleg in gezondheidscentra	19
2.14.	frequentie en duur van het multidisciplinair beleidsoverleg in gezondheidscentra	20
2.15.	deelname van de extra disciplines aan het multidisciplinair beleidsoverleg in centra met meer dan 3 disciplines	21
2.16.	deelname van de assistenten aan het multidisciplinaire beleidsoverleg in gezondheidscentra	22
2.17.	multidisciplinair overleg over samenwerking en persoonlijk functioneren in gezondheidscentra	23
2.18.	frequentie en duur van het multidisciplinair overleg over samenwerking en persoonlijk functioneren	24
2.19.	deelname van de extra disciplines aan het multidisci- plinair overleg over samenwerking en functioneren	25
2.20.	aantal verschillende vormen van multidisciplinair over- leg in gezondheidscentra met respectievelijk 3, 4 en 5 en meer dan 5 disciplines	27
2.21.	multidisciplinair overleg in gezondheidscentra getotali- seerd in aantal uren per maand	28
2.22.	deelname van het kernteam aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra met meer dan 3 disciplines	29
2.23.	deelname van enkele frequent voorkomende extra disciplines aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg	30
2.24.	deelname aan het getotaliseerde multidisciplinair overleg van de extra disciplines	31
2.25.	deelname van de praktijkassistenten aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra	32
2.26.	deelname der praktijkassistenten aan het getotaliseerde multidisciplinair overleg in gezondheidscentra	33

(vervolg tabellenoverzicht)

pagi

Tabel 2.27.	aard van het multidisciplinaire overleg van groepspraktijken	35
2.28.	frequentie en duur van het multidisciplinair patiënten-overleg van groepspraktijken	36
2.29.	deelname andere hulpverleners dan maatschappelijk werk en wijkverpleging aan het multidisciplinair patiënten-overleg in groepspraktijken	37
2.30.	frequentieverdeling van het aantal uren per maand besteed aan multidisciplinair overleg door groepspraktijken	37
2.31.	multidisciplinair overleg in groepspraktijken en gezondheidscentra vergeleken	38
3.1.	interdisciplinair overleg tussen huisarts en overige leden van het kernteam in gezondheidscentra	40
3.2.	frequentie van het interdisciplinair overleg tussen huisarts en kernteam uitgedrukt in uren per maand	42
3.3.	betrokkenheid bij inter- en multidisciplinair overleg van de extra disciplines in gezondheidscentra met meer dan 3 disciplines	43
3.4.	multi- en interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	47
3.5.	aard van de andere discipline in het interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	48
3.6.	combinaties van interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken	49
3.7.	enkele getotaliseerde gegevens over het aantal uren interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken (in uren per maand)	50
3.8.	aantal uren multidisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken met en zonder interdisciplinair overleg (in uren per maand)	50
4.1.	frequentieverdeling van de verschillende vormen van monodisciplinair overleg van huisartsen in gezondheidscentra (in uren per maand)	53
4.2.	frequentieverdeling van de verschillende vormen van monodisciplinair overleg in huisartsgroepspraktijken (uitgedrukt in uren per maand)	55

1. INLEIDING EN WERKWIJZE

In de tot nu toe verschenen rapporten uit het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg is weinig aandacht besteed aan de 'inhoud' van de samenwerking.

In ons eerste rapport hebben wij uitgelegd waarom dit zo is. Kenmerkend voor groepspraktijken en gezondheidscentra is eerder de gemeenschappelijke huisvesting dan de samenwerking. Immers, van alle vormen en soorten van samenwerking tussen hulpverleners maken gemeenschappelijk-gehuisveste vormen-met-een-bepaalde-samenstelling slechts een klein gedeelte uit. De verhouding tussen de verzameling van gemeenschappelijk gehuisveste hulpverleners en de deelverzameling van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra is veel minder uit balans.

Is het accent op huisvesting op logische gronden te verdedigen, toch blijft een registratie zonder aandacht voor samenwerking een steriele zaak; 'stenentellerij', zoals iemand onze activiteiten betitelde.

In dit derde rapport komen we aan de geuite bezwaren tegemoet; het gaat in z'n geheel over het onderwerp samenwerking.

Weliswaar over de oppervlakte van samenwerking; over de aard en frequentie van en deelname aan het overleg en niet over het samenwerkingsproces, maar anders kan men van gegevens uit een registratiesysteem niet verwachten.

1.1. BELANGRIJKE BEGRIPPEN

In de literatuur over samenwerking wordt gewoonlijk een onderscheid gemaakt tussen de volgende overlegvormen:

1. multidisciplinair overleg: overleg waarbij vertegenwoordigers van tenminste 3 disciplines zijn betrokken
2. interdisciplinair overleg: overleg tussen vertegenwoordigers van 2 disciplines
3. monodisciplinair overleg: onderling overleg tussen hulpverleners van dezelfde discipline.

Dit rapport is rond bovengenoemde begrippen opgebouwd en wel in die zin dat het eerste gedeelte, het meest ingewikkelde gedeelte, over multidis-

ciplinair overleg gaat, achtereenvolgens voor de gezondheidscentra en voor de groepspraktijken beschreven. De volgende gedeelten hebben op inter- en monodisciplinair overleg betrekking.

Een tweede belangrijke onderverdeling binnen de hiervoor genoemde categorieën is die naar de inhoud van het overleg.

Onderscheiden worden:

1. patiëntenoverleg
2. huishoudelijk/organisatorisch overleg
3. beleids- of beleidsvoorbereidend overleg
4. overleg over samenwerking en functioneren.

In de betreffende paragrafen zal worden beschreven wat wij onder de verschillende overlegvormen verstaan. Niet altijd zijn de verschillende vormen even goed te onderscheiden; soms is er alleen sprake van een 'teamoverleg' of is het overleg over patiënten en huishoudelijke zaken gecombineerd. Ook zijn niet alle soorten overleg onder deze vier categorieën te vatten, maar gelukkig bewijst de categorie 'overig overleg' hier goede diensten.

1.2. WIJZIGINGEN TEN OPZICHTE VAN VORIGE RAPPORTEN

In dit rapport is een begin gemaakt met een iets andere omschrijving van het begrip 'discipline', en wel in dié zin dat we de wijkziekenverzorging ondergebracht hebben bij de wijkverpleging.

Voorts is als criterium voor 'vestiging' aangehouden, dat de betrokken hulpverleners minimaal een halve dag per week in het centrum aanwezig dienden te zijn. Dit laatste om verspreide spreekuurtjes van bijvoorbeeld diëtisten uit het verslag te kunnen weglaten. Het criterium voor 3 kerndisciplines is minimaal een dag per week. Dit heeft tot gevolg dat de getallen niet meer goed vergelijkbaar zijn met de cijfers uit de vorige rapporten. Dit weegt echter op tegen een betere aansluiting met de in de praktijk gehanteerde begrippen.

1.3. WERKWIJZE

Gezien de complexiteit van de materie is niet gepoogd allerlei verbanden in het materiaal aan te geven. Het betreft hier een bewerking met de hand, zoals dat heet, hetgeen betekent dat voor elke mogelijke relatie het gehele materiaal weer opnieuw doorlopen moet worden; de daarbij aanwezige kans op fouten maakt een zeer spaarzaam gebruik van deze mogelijkheid gewenst.

We hebben gestreefd naar een zo overzichtelijk en nauwkeurig mogelijke beschrijving. Als zodanig moeten de hier volgende paragrafen ook worden gelezen. Teneinde het materiaal enigszins overzichtelijk weer te geven is zo nu en dan het aantal disciplines (bijvoorbeeld bij het beschrijven van de deelname aan het overleg) en dan weer het aantal verschillende overlegsituaties als ordenend principe gekozen.

1.4. BEPERKINGEN

Ook voor dit rapport geldt dat de wijze waarop het materiaal verzameld wordt, grenzen aan de beschrijving stelt. In het algemeen is (bij de gezondheidscentra in 52 van de 73 gevallen) een huisarts onze contactpersoon en geeft hij de situatie in het centrum weer. Dit betekent dat we niet zeker weten of de overlegsituaties waarbij de huisarts niet betrokken is, wel nauwkeurig zijn weergegeven. In sommige gevallen wel, in andere gevallen denken we van niet. Dit heeft tot gevolg dat we met name bij het interdisciplinaire overleg ons beperken tot dat overleg waarbij huisartsen betrokken zijn en ook bij het monodisciplinaire overleg alleen de huisartsen beschrijven.

Tot slot nog één algemene opmerking: Alleen het formele, gestructureerde overleg wordt in dit rapport beschreven. Alle informele contacten, alle overleg tussendoor of in gezamenlijke koffie- en theepauze valt buiten de beschrijving. Niet omdat het niet belangrijk zou zijn - volgens sommigen ligt hier de essentie van multidisciplinaire samenwerking - maar voor vastlegging van dit soort contacten is de methodiek der (telefonische) interviews geheel ongeschikt.

Dit betekent, dat we voor de betrouwbaarheid van de gegevens kunnen instaan voor zover het gestructureerd en geformaliseerd overleg betreft. Tussen overleg-met-vaste-afspraken en notulen en het informeel contact tijdens koffie- of lunchpauze bevindt zich echter een moeilijk te classificeren gebied. Het gaat hier om overlegsituaties die bijvoorbeeld als volgt omschreven worden: 'Van 5 tot 6 zijn alle artsen in het centrum bereikbaar voor de andere hulpverleners' of '1x per maand lunchen ze met de wijkverpleegkundigen; als ze niet onderweg zijn, doen ze allemaal mee.'

Het ene centrum neemt een dergelijk overleg wél, het andere niet. Als regel is het niet door ons meegeteld.

2. MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

2.1. GEZONDHEIDSCENTRA

Samenwerking tussen hulpverleners uit meerdere disciplines vindt in een bonte verscheidenheid van vormen plaats; er bestaan zoveel verschillen in aard, frequentie en deelname aan de diverse vormen van gestructureerd en informeel overleg dat men geneigd zou zijn dit hoofdstuk te vullen met 73 casuïstiek-beschrijvingen en iedere verder gaande abstractie en reductie aan de lezer over te laten.

Dit laatste is natuurlijk niet de bedoeling; de rapporteur zal de lezer zijn abstracties en reducties voorzetten. Men houde in gedachten dat meerdere benaderingen van het materiaal mogelijk zijn.

Ons voornaamste uitgangspunt is geweest de tot nu toe gevolgde benadering, waar in een gemeenschappelijke huisvesting aard en aantal van de daar aanwezige hulpverleners werd beschreven, aan te vullen met een benadering die het samenwerkende team van hulpverleners centraal stelt.

Wij blijven bij onze beschrijving uitgaan van 'het gebouw' en de aldaar gehuisveste hulpverleners en zullen proberen zo overzichtelijk mogelijk te beschrijven op welke manieren de hulpverleners in verschillende combinaties samenwerken.

Eerst zullen we de verschillende vormen van overleg de revue laten laten passeren en zaken als frequentie en duur beschrijven, met het doel om de aan deze overlegvorm bestede tijd (uitgedrukt in aantal uren per maand) vast te kunnen stellen.

Vervolgens komt de deelname aan het overleg ter sprake; eerst de deelname van het kernteam aan de verschillende overlegvormen; dan de deelname van de overige disciplines in de centra waar meer soorten hulpverleners praktijk uitoefenen en tenslotte wordt de deelname van de praktijkassistenten beschreven. Tot slot zullen we proberen een totaalbeeld te geven.

De aard van de extra disciplines laat zich als volgt weergeven:

Tabel 2.2.: Aard van de extra disciplines in gezondheidscentra met meer dan drie disciplines

	centra met 4 - 5 disciplines	centra met meer dan 5 disciplines	totaal abs	% v.h. aantal centra met > 3 disc.
fysiotherapie ¹⁾	24	22	46	85 %
verloskunde	5	15	20	37 %
gezinszorg	3	14	17	31 %
tandheelkunde	4	10	14	26 %
farmacie	5	10	15	28 %
voedingsleer	1	7	8	15 %
bejaardenzorg	0	6	6	11 %
psychologie	2	2	4	7 %
pastoraat	0	2	2	4 %
opbouwwerk	0	2	2	4 %
overige ²⁾	0	7	7	13 %
aantal disciplines	44	97	141	
aantal centra met meer dan 3 disciplines	28	26	54	

De in de totaalkolom vermelde getallen zijn de belangrijkste;
in de paragrafen over 'deelname' wordt weergegeven hoe vaak de
betreffende discipline aan een bepaalde overlegvorm deelneemt.

1) waaronder één oefentherapeut

2) het betreft hier de éénmaal voorkomende disciplines; het gaat
hier om kraamverzorging, pedagogie, rechtshulp, sexologie,
praktijkverpleegkunde, sociaal raadswork en mondhygiëne.

2.1.2. VERSCHILLENDE OVERLEGVORMEN

De meest duidelijke ingang bij de beschrijving van de verschillende vormen van overleg is niet: welke vormen van overleg vinden er in het centrum plaats, want bij de centra vindt men geen twee gelijke gevallen, maar: waar vindt het patiëntenoverleg plaats en vergadert men over huishoudelijke zaken? In een aparte vergadering of zijn onderwerpen gecombineerd? Per overlegvorm laten we zien, waar het plaatsvindt, wie aan het overleg deelnemen en hoeveel tijd de betrokkenen er mee kwijt zijn.

2.1.2.1. PATIENTENOVERLEG

a. overlegvorm

In tabel 2.3. is uiteengezet of er sprake is van patiëntenoverleg en zo ja in welke vorm dit overleg plaatsvindt. Dit patiëntenoverleg kan nog verschillende gedaanten hebben; het kan variëren van het uitwisselen van informatie over gezamenlijk behandelde patiënten tot een uitgediepte casuïstiekbespreking aan de hand waarvan de werkwijze van de hulpverleners ter discussie wordt gesteld.

In onze telefonische interviews is niet nader op deze verschillen ingegaan.

Wij presenteren alles onder de vlag: patiëntenoverleg.

Tabel 2.3.: Plaats van het multidisciplinaire patiëntenoverleg in gezondheidscentra

	abs	%
geen multidisciplinair overleg	2	3 %
geen multidisciplinair pat.-overleg	10	14 %
team overleg ongespecificeerd	12	16 %
overleg over patiënten en organisatorische zaken gecombineerd	12	16 %
apart patiënten-overleg	37	51 %
totaal	73	100 %

Van de 73 centra zijn er twee waarin geen enkele vorm van geformaliseerd multidisciplinair overleg plaatsvindt. Hier gaat het dus uitsluitend om een vestiging van meerdere hulpverleners, waarin de gemeenschappelijke huisvesting het enige gemeenschappelijke element vormt. In alle overige gevallen is er sprake van samenwerking; niet altijd met als onderwerp het gezamenlijke patiëntenbestand (in 61 van de 71 gevallen wèl).

Van 10 gevallen waarin geen multidisciplinair patiëntenoverleg wordt opgegeven, houdt men in 4 gevallen wèl een vast overleguur aan, waar iedereen kan binnenlopen die iets aan een ander te vragen heeft. De structuur van dit overleg is echter informeel; er wordt niet geagendeerd of genotuleerd.

Bij de andere 6 centra vindt alleen interdisciplinair, bilateraal patiëntenoverleg plaats. In 5 van de 6 gevallen betreft het hier reeds lang functionerende centra, waarin het multidisciplinair overleg over concrete patiënten vervangen is door 'inhoudelijk' overleg. Over hulpverlening in het algemeen of over samenwerking, eventueel aan de hand van bijzondere gevalsbeschrijvingen.

Wellicht dat hier sprake is van een zeker 'fase effect'; een verschuiving in de aard van de multidisciplinaire samenwerking die zich voordoet naarmate een centrum langer functioneert.

b. frequentie en duur

Frequentie en duur van de vergaderingen waarin patiëntenoverleg gecombineerd is met andere onderwerpen zullen ongetwijfeld verschillen van de aparte patiëntenvergaderingen. In de hier volgende tabellen zullen we eerst de aparte vergaderingen beschrijven (en uitdrukken in uren per maand) en vervolgens de gecombineerde vergaderingen.

Tabel 2.4.: Frequentie en duur van het aparte multidisciplinaire patiëntenoverleg in gezondheidscentra (n = 37)

frequentie duur	2x per week	1x per week	3x per maand	1x per 2 weken	1x per maand	totaal	uitgedrukt in uren per maand	
½ uur		1		1		2	1 uur	1
3/4 uur		1				1	1½ uur	1
1 uur	1	6		1		8	2 uur	4
1½ uur		8	1	3	1	13	2½ uur	1
2 uur		4		4	3	11	3 uur	2
2½ uur				1		1	4 uur	10
3 uur				1		1	4½ uur	1
totaal	1	20	1	11	4	37	5 uur	1
							6 uur	11
							8 uur	5
							gemiddeld 4 ³ / ₄ u	

Een wekelijks overleg is het meest gebruikelijk; de meeste vergaderingen duren niet langer dan 1½ - 2 uur. De variatie in aantal overleguren per maand is aanzienlijk. Weliswaar ligt het gemiddelde op 4¾ uur, maar 16 van de 37 centra (43%) besteden 6 uur of meer aan het overleg en 6 van de 37 (16%) 2 uur of minder.

In de volgende tabel worden de vergaderingen beschreven, waarin het patiëntenoverleg gecombineerd is met andere onderwerpen.

Tabel 2.5.: Frequentie en duur van het gecombineerde patiëntenoverleg in gezondheidscentra (n = 24)

requentie uur	1x per week	1x per 2 weken	1x per maand	totaal	in uren per maand	
1 uur	2			2	1½ uur	1
2 uur	3	1	1	5	3 uur	1
3 uur	10	1		11	4 uur	3
4 uur	3			3	6 uur	3
5 uur	2			2	8 uur	10
6 uur	1			1	10 uur	3
7 uur	21	2	1	24	12 uur	2
8 uur					16 uur	1
9 uur					gemiddeld 7 ³ / ₄ uur	

De 'temavergadering' heeft bijna altijd een wekelijkse frequentie. De duur varieert sterker, meestal een uur of twee, maar ook vaak langer. In 2/3 van de gevallen (16 van de 24) besteedt men 8 uur per maand of meer aan het overleg. Het gemiddelde wordt wat gedrukt door de enkele centra waarin naar verhouding weinig tijd aan overleg wordt besteed.

c. deelname

De eerste vraag die we in dit kader moeten beantwoorden is de vraag of er altijd sprake is van overleg tussen de drie kerndisciplines. Het antwoord luidt: neen. In 3 centra (van de 61 waarbij sprake is van multidisciplinair patiëntenoverleg) is dit niet het geval. Eenmaal (het betreft hier een centrum dat niet levensvatbaar is gebleken; het is inmiddels weer opgeheven) is de wijkverpleging niet bij het overleg betrokken; éénmaal betreft het een overleg tussen huisarts, fysiotherapeut en gezinsverzorging en éénmaal een overleg tussen huisarts, maatschappelijk werkende en fysiotherapeut.

De tweede vraag betreft de deelname van de overige disciplines. Er waren (zie tabel 2.1.) 54 centra met extra disciplines; hiervan hebben er 44 een multidisciplinair patiëntenoverleg. Deze 44 gevallen van multidisciplinair patiëntenoverleg tellen in het totaal 119 disciplines.

In tabel 2.6. is de deelname voor de verschillende disciplines weer-gegeven.

Tabel 2.6. Deelname van de verschillende disciplines aan het multidisciplinair patiëntenoverleg in gezondheidscentra met meer dan drie disciplines

discipline	deelname	geen deelname	totaal
fysiotherapeut	21	18	39
verloskundige	3	12	15
gezinsverzorgende	7	9	16
tandarts	1	11	12
apotheker	1	12	13
diëtiste	1	4	5
bejaardenverzorgende	2	4	6
psycholoog	3	1	4
pastor	2	0	2
opbouwwerker	1	1	2
overige hulpverleners	0	5	5
totaal	42	77	119

Men moet de cijfers als volgt interpreteren: van de 39 maal dat in een centrum waar een fysiotherapeut gevestigd is een multidisciplinair patiëntenoverleg wordt gehouden, neemt men 21 maal wél aan dat overleg deel en 18 maal niet. Wanneer men de cijfers aldus beziet, dan geldt alleen voor fysiotherapeut en leidster gezinszorg dat deelname aan het patiëntenoverleg nogal eens voorkomt; voor verloskundige, tandarts, apotheker, diëtiste en leidster bejaardenzorg geldt het omgekeerde: deelname aan het multidisciplinair patiëntenoverleg is uitzondering. Psycholoog en pastor zijn, al is hun deelname minder frequent in het algemeen weer wél bij het overleg betrokken. Men kan voor het beschrijven van de deelname aan het overleg ook de omgekeerde weg bewandelen en vragen hoe vaak alleen het 'kernteam' onderling overleg voert.

Tabel 2.7. Deelname van het kernteam aan het multidisciplinair patiëntenoverleg in gezondheidscentra

	centra met 3 disciplines	centra met meer dan 3 disciplines	totaal
niet het gehele kernteam	nvt	3	3
alleen het kernteam	17	17	34
kernteam uitgebreid met meerdere disciplines	nvt	24	24
totaal aantal centra met multidisciplinair patiëntenoverleg	17	44	61

Van de 44 centra met meer dan 3 disciplines waar wel sprake van patiëntenoverleg is, overlegt in 17 gevallen alléén het kernteam en is in drie gevallen het kernteam niet in z'n geheel bij dit overleg betrokken. 24 van de 44 centra hebben hun patiëntenoverleg breder opgezet.

De derde vraag heeft betrekking op de deelname van praktijk-assistenten aan het overleg; zij zorgen voor de eerste regulering van de dagelijkse patiëntenstroom; er is zelfs één centrum dat de assistenten 'algemeen werkers' noemt. Een eerder duidelijke dan fraaie betiteling, maar het belang van de assistenten voor de eerste opvang van de patiënten spreekt er wel uit.

In tabel 2.8. is de deelname¹⁾ aan het multidisciplinair overleg weer-gegeven.

1) 'Deelname' hoeft niet altijd te betekenen, deelname van alle assistenten aan het overleg. Als er overdag vergaderd wordt, dan wil men nog wel eens een roulerend systeem toepassen.

Tabel 2.8. Deelname van de praktijkassistenten aan het multidisciplinair patiëntenoverleg

	3 disci- plines	4-5 disci- plines	meer dan 5 disciplines	totaal
deelname	10	6	4	20
geen deelname	7	16	18	41
centra met multidiscipl. patiëntenoverl.	17	22	22	61

Deelname van de assistenten aan het overleg is eerder regel dan uitzondering in de minst complexe groep (3 disciplines) en is uitzonderlijker in de centra met meer disciplines. Zonder nu direct speculatieve opmerkingen over de relatie tussen complexiteit en bureaucratie te willen maken, geeft een dergelijke tabel zeker stof voor verder onderzoek.

2.1.2.2. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG OVER HUISHOUDELIJKE EN ORGANISATORISCHE ZAKEN

a. overlegvorm

Niet alle centra kennen een aparte vergadering voor deze onderwerpen. Anders dan bij het multidisciplinair patiëntenoverleg is de behoefte aan overleg omtrent huishoudelijke zaken sterk afhankelijk van de wijze waarop het centrum is georganiseerd en een organisatorische eenheid vormt. Als de hulpverleners tamelijk op zichzelf staande eenheden vormen (bijvoorbeeld als men een stuk aan een bestaand kruisgebouw heeft aangebouwd), dan zorgt iedere groep voor z'n eigen huishoudelijke zaken.

In de vorige paragraaf is al aangegeven dat bij sommige centra alleen sprake is van een niet verder gespecificeerde 'teamvergadering' of een combinatie van patiëntenbespreking en huishoudelijke zaken. Wij hebben dit gecombineerde overleg in de vorige paragraaf reeds behandeld.

Tabel 2.9. Plaats van het multidisciplinaire overleg over huishoudelijke en organisatorische zaken in gezondheidscentra

gecombineerd met patiëntenoverleg of teamoverleg - ongespecificeerd	22
aparte vergadering	21
in beleid voorbereidende vergadering of stuurgroep	7
informeel (op vast overleguur)	15
geen multidisciplinair organisato- risch overleg	6
geen multidisciplinair overleg	2
	73

De gecombineerde vergaderingen zijn al vermeld; zij het dan dat van de 12 in tabel 2.3. genoemde centra er twee, naast het teamoverleg toch nog in een apart overleg huishoudelijke zaken afwikkelen.

Nieuw is de 'beleidsvoorbereidende vergadering'. Anders dan geldt voor de uitwisseling van gegevens over gemeenschappelijke patiënten/cliënten kunnen organisatorische zaken ook aan vertegenwoordigers gedelegeerd worden. Zeven centra hebben deze vorm gekozen; de precieze vorm kan echter nog variëren (soms kiest men per discipline een vertegenwoordiging, soms 2 of 3 vertegenwoordigers uit de gehele groep; als er een coördinator in het centrum werkt, dan is deze natuurlijk juist bij dit soort overleg betrokken).

Zes gezondheidscentra kennen geen multidisciplinair overleg over zaken de organisatie betreffende: in deze gevallen dragen de artsen zorg voor de organisatie (in één geval zijn dat één arts, de coördinator en het hoofd van de assistenten); meestal gaat het om zeer 'lichte' multidisciplinaire samenwerkingvormen (voormalige groepspraktijken, waar lang-

zamerhand ook andere disciplines binnen gehaald zijn). Dikwijls vindt het overleg 'en passant' plaats; in de gezamenlijke koffiepauze, op een vast uur van de dag; soms luncht men wekelijks. Deze overlegvormen worden niet verder omschreven, omdat ze te zeer in aard en intensiteit kunnen variëren. Wij zullen ons bij de verdere beschrijving beperken tot de 21 aparte overlegsituaties, speciaal aan dit onderwerp gewijd, waar alle hulpverleners bij het overleg betrokken zijn en de 7 gevallen waar vertegenwoordigers huishoudelijke zaken afhandelen of voorbereiden.

b. frequentie en duur

Zoals gezegd gaat het hier om frequentie en duur van 21 vergaderingen waar alle betrokkenen aanwezig zijn en om 7 overlegsituaties met een meer vertegenwoordigend karakter. In tabel 2.10. zijn de cijfers voor deze laatste groep tussen haakjes weergegeven.

Tabel 2.10. Frequentie en duur van het multidisciplinaire organisatorisch overleg in gezondheidscentra

frequentie duur	1x per week	1x per 2 weken	1x per 3 weken	1x per maand	1x per 2 maanden	Tot.	in uren per maand
1 uur	4 (2)	1	(1)			5 (3)	1 uur 2
1½ uur	(2)	4 (2)			1	5 (4)	1½ uur 2 (1)
2 uur		3		1		4	2 uur 2
2½ uur		1		1		2	2½ uur 1
3 uur		1	1	1	2	5	3 uur 5 (2)
Totaal	4 (4)	10 (2)	1 (1)	3	3	21 (7)	4 uur 7 (2)
							5 uur 1
							6 uur 1 (2)
							n = 21 (7)
							gemiddeld
							3 u 4 u

In dit geval vindt het overleg het vaakst twee-wekelijks plaats; de duur varieert sterker; de spreiding rond het gemiddelde (3 uur en nog wat) is tamelijk evenwichtig; de overlegsituaties waar vertegenwoordigers de zaken behandelen duren gemiddeld een uur langer; soms is daarbij het (dagelijks) bestuur van de stichting betrokken.

c. deelname

Ook deelname wordt slechts beschreven voor de bovengenoemde 28 overlegsituaties en wel wat betreft de deelname van extra disciplines voor de 22 gevallen, waarin de centra meer dan 3 soorten hulpverleners tellen. Wij zullen dezelfde vragen beantwoorden als in de vorige paragraaf:

- 1e) is het kernteam altijd bij het overleg betrokken
- 2e) in welke mate nemen de extra disciplines aan dit overleg deel en
- 3e) hoe zit het met de deelname van de assistenten.

deelname kernteam

Als er sprake is van een overleg over huishoudelijke zaken in centra met 3 disciplines, zijn alle hulpverleners daarbij betrokken. Voor de centra met meer dan 3 disciplines en organisatorisch overleg (22 gevallen) geldt, dat in één geval het kernteam niet in z'n geheel aan het overleg deelneemt (noch maatschappelijk werkenden, noch wijkverpleegkundigen), en in drie gevallen alléén het kernteam.

deelname extra disciplines

In tabel 2.11. is deelname van de extra disciplines aan het multidisciplinair overleg over huishoudelijke zaken weergegeven. Een onderscheid is gemaakt tussen het overleg waarbij alle hulpverleners betrokken zijn en overleg waarbij van een vertegenwoordiging sprake is.

Tabel 2.11. Deelname van extra disciplines aan het multidisciplinair overleg over organisatorische zaken

	deelname alle hulpverl.	deelname vertegenw.	geen deeln. of vertegen- woordiging	totaal	
fysiotherapeut	12	6	3	21	aantal centra met aparte vergadering
verloskundige	2	1	7	10	
gezinsverzorgster	1		2	3	aantal centra met vertegenwoordiging
tandarts	3		3	6	
apotheker	2		5	7	tot.aantal centra
diëtiste	2	1	2	5	aantal disciplines
overige hulpverl.	3	3	2	8	

De tabel moet men als volgt lezen: van de 21 maal dat in een centrum met apart multidisciplinair organisatorisch overleg (totaal aantal centra: 22) een fysiotherapeut gevestigd is, nemen in 12 van de 21 gevallen alle hulpverleners deel; in 6 van de 21 is de discipline vertegenwoordigd en in 3 gevallen zijn de fysiotherapeuten niet bij het overleg betrokken. Bij de verloskundige ligt dat omgekeerd; in 7 van de 10 gevallen is zij niet bij het overleg betrokken.

deelname assistenten

In tabel 2.12. ziet men dat deelname van de assistenten in het geheel geen regel is, evenals bij het multidisciplinair patiëntenoverleg.

Tabel 2.12. Deelname praktijkassistenten aan het multidisciplinair overleg over huishoudelijke zaken

	deelname	vertegen- woordiging	geen deeln. of vertegenw.	totaal	totaal centra
centra met 3 disc.	4	1	1	6	19
centra met meer dan 3 disciplines	5	4	13	22	54
Totaal	9	5	14	28	73

Nemen van de centra met 3 disciplines slechts in één van de 6 gevallen de assistenten geen deel aan het overleg, bij de ruimer samengestelde centra zijn in de meerderheid van de overlegsituaties (13 van de 22) de assistenten niet aanwezig of vertegenwoordigd.

Voor de totale groep is de verhouding half om half.

2.1.2.3. MULTIDISCIPLINAIR BELEIDSOVERLEG

a. overlegvorm

Met de term 'beleidsvergadering' wordt het overleg bedoeld waarin men abstraheert van de drukke werkelijkheid-van-alledag. Soms gaat het over hulpverlening, soms over het ontwerpen van een gemeenschappelijk registratiesysteem, soms om een (politieke) stellingname ten aanzien van ontwikkelingen in wijk of buurt of over de ontwikkeling van de eigen organisatie op langere termijn.

In tegenstelling tot overleg over patiënten of huishoudelijke zaken is een dergelijk beleidsoverleg niet van levensbelang voor een gezondheidscentrum. De behoefte aan dit overleg komt pas naar voren wanneer men de samenwerking intensiveert en meer als geheel gaat optreden. Wij kunnen daarom alleen aangeven hoe vaak een dergelijk beleidsoverleg plaatsvindt; in tabel 2.13. is de frequentie weergegeven.

Tabel 2.13. Multidisciplinair beleidsoverleg in gezondheidscentra

	3 disc.	4-5 disc.	> 5 disc.	totaal
multidisc. beleidsoverleg	7	16	15	38
geen multidisc. beleidsoverleg	12	10	11	33
geen multidisc. overleg		2		2
totaal	19	28	26	73

Niet altijd nemen alle hulpverleners aan het overleg deel; in 5 van de 38 gevallen is er sprake van een vertegenwoordiging. Het gaat hier om een vrij kleine groep, waarvan de gegevens niet apart, maar als onderdeel van het totaal worden weergegeven.

b. frequentie en duur

In tabel 2.14. vermelden we frequentie en duur van het multidisciplinair beleidsoverleg.

Tabel 2.14. Frequentie en duur van het multidisciplinair beleidsoverleg in gezondheidscentra

frequentie duur	1x per week	1x per 2 weken	1x per 3 weken	1x per maand	1x per 6 weken	1x per 2 mnd	1x per 3 mnd	totaal	in uren per
1½ uur	1	1		2 (1)				4 (1)	1 uur 5 (2)
2 uur	2	1	1	8 (1)	1		1	14 (1)	1½ uur 1 (1)
2½ uur		3		1				4	2 uur 8 (1)
3 uur		1		7 (1)		(1)	2 (1)	10 (3)	2½ uur 2
4 uur				1				1	3 uur 8 (1)
totaal	3	6	1	19 (3)	1	(1)	3 (1)	33 (5)	4 uur 2
									5 uur 3
									6 uur 2
									8 uur 2
									gemiddeld 3

Overleggen over beleid is een weinig frequente aangelegenheid; slechts 10 van de 38 vergaderingen vinden vaker dan éénmaal per maand plaats; de duur varieert tussen de 2 en 3 uur voor de meeste gevallen.

c. deelname

Ook hier weer de drie vragen: deelname kernteam, deelname extra disciplines en deelname assistenten.

kernteam

Zoals al in tabel 2.13. is vermeld, vinden 7 van de 38 beleidsvergaderingen plaats in centra met 3 disciplines. Hier is dus alleen van deelname door het kernteam sprake. In de overige 31 overlegsituaties, waar in principe meerdere disciplines aan deel zouden kunnen nemen, hebben er ook 7 alleen op het kernteam betrekking. Samengeteld overleggen dus in 14 van de 38 gevallen alleen huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende.

extra disciplines

De 31 centra met multidisciplinair beleidsoverleg en meer dan 3 disciplines tellen totaal 82 disciplines. De deelname aan het overleg is in tabel 2.15. weergegeven.

Tabel 2.15. Deelname van de extra disciplines aan het multidisciplinair beleidsoverleg in centra met meer dan 3 disciplines

	deelname	vertegenwoordiging	geen deelname of vertegenwoordiging	totaal	
therapeut	17	3	8	28	aantal disciplines: 82 aantal centra met meer dan 3 disciplines en multidisciplinair beleidsoverleg: 31
kundige	4	0	8	12	
verzorgster	6	1	3	10	
ts	4	0	2	6	
ker	5	0	6	11	
te	3	0	2	5	
denzorg	2	1	1	4	
e	4	0	2	6	
	45	5	32	82	

Deelname aan het multidisciplinair beleidsoverleg van de extra disciplines is zeker geen uitzondering; zelfs niet voor de wat verder weg staande hulpverleners als tandarts, apotheker of de leiding van de gezinszorg.

deelname van derden

In een aantal gevallen (11 van de 31) zijn derden bij het overleg betrokken; soms neemt het centrum deel aan een zeer breed opgezet beleidsoverleg (een sociaal café waar ook politie en pastor aan deelnemen; 2 gevallen); in 7 van de 11 gevallen betreft het een overleg met de besturen van Kruisorganisaties en Maatschappelijke Dienstverlening (in 2 gevallen zijn daarbij ook andere centra betrokken) en in de overige twee gevallen doet een vertegenwoordiger uit de geestelijke gezondheidszorg aan het overleg mee. Dit overleg heeft dan het karakter van een consultatie-overleg.

assistenten

De deelname van de assistenten vindt men in tabel 2.16.

Tabel 2.16. Deelname van de assistenten aan het multidisciplinaire beleidsoverleg in gezondheidscentra

	deelname	vertegenwoordiging	geen deelname of vertegenwoordiging	totaal
3 disciplines	4	1	2	7
4-5 disciplines	6	2	8	16
> 5 disciplines	5	0	10	15
totaal	15	3	20	38

Hoe meer disciplines, hoe minder vaak de assistenten bij het overleg betrokken zijn; in de meest ingewikkeld samengestelde groep zijn in 10 v

15 keer in de groep met 3 disciplines 2 van de 7 keer de assistenten niet bij het overleg betrokken.

2.1.2.4. SAMENWERKING/FUNCTIONEREN

a. overlegvorm

Behalve over 'beleid', een meer inhoudelijk gericht overleg, kan men ook de samenwerking, het (persoonlijk) functioneren tot onderwerp van bespreking nemen. Deze vorm van multidisciplinair overleg vindt meestal in een wat andere setting plaats: een avond, een weekend, omdat men nu eenmaal intensief met elkaar bezig moet zijn; (agogische) begeleiding is geen uitzondering.

Lang niet alle centra kenden op de peildatum deze overlegvorm.

In tabel 2.17 staat het overzicht vermeld.

Tabel 2.17. Multidisciplinair overleg over samenwerking en persoonlijk functioneren in gezondheidscentra

	3 disc.	4-5 disc.	5 disc.	totaal
overleg over samenwerking/functioneren	4	8	4	16
waarvan met begeleiding	(4)	(6)	(3)	(13)
geen multidisciplinair overleg over samenwerk.	15	20	22	57
totaal	19	28	26	73

Vaak komt het niet voor, in 16 van de 73 gevallen wordt in deze (aparte) overlegvorm aan het functioneren aandacht besteed. Op 3 gevallen na, gebeurt dit steeds onder begeleiding.

b. frequentie en duur

Tabel 2.18. Frequentie en duur van het multidisciplinair overleg over samenwerking en persoonlijk functioneren

frequentie duur	1x per 2 weken	1x per 3 weken	1x per mnd	1x per 2 mnd	1x per 3 mnd	2 à 3 x per jaar	totaal	in uren per ma
1½ uur	1						1	1 uur 1
2 uur	1	2	2				5	1½ uur 1
3 uur		3	1	1	1		6	2 uur 2
weekend						4 1)	4	3 uur 4
								4 uur 8
totaal	2	5	3	1	1	4	16	gemiddeld 3½

1) 2 à 3 weekenden zijn arbitrair herleid
tot 4 uur per maand

De frequentie is niet hoog; 14 van de 16 gevallen vinden eens per 3 weken of minder vaak plaats; in 4 van de 16 gevallen is er sprake van enkele weekenden per jaar.

We hebben een weekend gesteld op 20 uur; dit betekent een gemiddelde per maand van ongeveer 4 uur (voor de vergelijkbaarheid).

c. deelname

kernteam

Van de 16 situaties gaat het in 9 van de 16 keren alleen om deelname van het kernteam; 4 van de 9 gevallen hebben betrekking op centra waar alleen de kerndisciplines gevestigd zijn.

In één geval is er overleg over samenwerking zonder dat de kerndisciplines compleet zijn (wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden ontbreken); het betreft hier een centrum waarvan de oprichting met enige problemen gepaard gaat; de traditionele vrije-beroepsbeoefenaren (huisarts, fysiotherapeut, tandarts en apotheker) werken in loondienst; de samenwerking met de andere disciplines is nog niet volledig gerealiseerd

extra disciplines

Tabel 2.19. Deelname van de extra disciplines aan het multidisciplinair overleg over samenwerking en functioneren

	deelname	geen deelname	totaal
fysiotherapeut	7	3	10
verloskundige	1	5	6
gezinsverzorging	1		1
tandarts	1		1
apotheek	2	4	6
diëtiste	2	1	3
overige hulpverl.	1	1	2
totaal	15	14	29

Fysiotherapeuten nemen als regel (7 van de 10 keer) deel aan het overleg; voor de overige disciplines zijn de getallen te klein voor interpretatie.

assistenten

Deelname van de assistenten is in deze situatie meer gebruikelijk dan in de andere overlegsoorten; als er sprake is van overleg over samenwerking of functioneren dan doen in 12 van de 16 gevallen ook de assistenten mee.

2.1.2.5. OVERIG MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Met de beschrijving van de overlegvormen in de vorige paragrafen is de collectie 'overleg' nog niet uitputtend beschreven. We houden 17 vergaderingen over die niet onder de voorafgaande indeling vallen. De grootste groep hiervan (8 overlegsituaties) kan men betitelen als 'sociaal café'; de hulpverleners uit het gezondheidscentrum maken deel

uit van een plaatselijke overlegsituatie, die zo breed kan zijn samengesteld dat ook pastor en predikant en politie-agent er deel van uitmaken. Sociale controle in optima forma.

Enkele van deze overlegsituaties hebben we reeds behandeld bij de 'beleidsvergaderingen', namelijk in het geval dat dit het enige beleids-overleg betrof. In de hier genoemde 8 gevallen is naast dit 'externe' overleg ook sprake van een intern beleidsoverleg.

Twee vergaderingen hebben als onderwerp 'Consultatie uit de geestelijke gezondheidszorg', eveneens twee gaan over huisvesting en bouw; twee betreffen bestuursvergaderingen (ook weer náást interne beleids- en beleidsvoorbereidende vergaderingen) en tenslotte zijn er drie unieke overlegsituaties. Eenmaal van alle hulpverleners (verloskundige, fysiotherapeut, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundige), die met groepen patiënten werken; eenmaal een overleg met de patiëntenvereniging en tenslotte vermeldt één centrum een multidisciplinair samengestelde studiegroep, die op zich op theoretisch niveau met de eerste lijns gezondheidszorg bezighoudt (het centrum telt overigens ook het hoogste aantal verschillende multidisciplinaire overlegsituaties - namelijk 6).

2.1.3. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG GETOTALISEERD

Het tot nu toe gepresenteerde beeld kan op de lezer een wat versnipperde indruk hebben gemaakt. Dat heeft te maken met het compromis tussen overzicht en detail enerzijds en de veelvormigheid van de verschijnselen anderzijds.

In deze paragraaf zullen we proberen een overzicht te geven van de hiervoor behandelde zaken.

Twee onderwerpen lenen zich bij uitstek voor een samenvatting:

- 1e een totaal overzicht van frequentie en duur van het multidisciplinair overleg en
- 2e een beschouwing over de deelname aan het overleg.

2.1.3.1. FREQUENTIE EN DUUR VAN HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

In tabel 2.20. is weergegeven hoeveel verschillende overlegsituaties in de verschillende typen centra worden gesteld.

Tabel 2.20. Aantal verschillende vormen van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra met respectievelijk 3, 4 en 5 en meer dan 5 disciplines

	3 disci- plines	4-5 disci- plines	meer dan 5 disciplines	totaal
1 overlegvorm	6	6	5	17
2 overlegvormen	10	10	10	30
3 overlegvormen	3	3	6	12
4 overlegvormen		5	4	9
5 overlegvormen				
6 overlegvormen				
totaal aantal centra	19	26	26	71 *
gemiddeld aantal	1.84	2.41	2.50	2.32

*) 2 centra kennen geen multidisciplinair overleg

De centra met 3 disciplines kennen een eenvoudiger overlegstructuur;

het gemiddeld aantal overlegsituaties is duidelijk lager en meer dan

3 verschillende vormen komen niet voor.

Wij zullen nu de totale vergadertijd bezien; dit doen we resp. voor

de centra met één overlegvorm, twee overlegvormen, drie en meer dan

drie; voor deze groepen wordt het totaal aantal uren bij elkaar geteld.

Voor het totaal is onderscheid gemaakt in de structuur waarin alle be-

trokkenen overleggen dan wel vertegenwoordigers het overleg voeren.

2.1.3.2. DEELNAME AAN MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN GEZONDHEIDSCENTRA

TOTAAL OVERLEG

Per overlegvorm is de deelname aan het overleg achteraanvolgens be-
schreven voor het kenmerk, de extra disciplines, de assistenten,

Het overleg is uitgedrukt in 'uren per maand', hoewel men zich moet realiseren dat overleg in werkelijkheid soms minder vaak dan 1x per maand plaatsvindt.

Tabel 2.21. Multidisciplinair overleg in gezondheidscentra getotaliseerd in aantal uren per maand

	mini- mum	maxi- mum	laagste 25 %	mediaan	gemid- delde	aantal centra
1 overlegvorm	1 u	16 u	3 u	6 u	5.94 u	17
2 overlegvormen	3 u	16 u	6 u	8½ u	8.58 u	30
3 overlegvormen	6½ u	15 u	9 u	9½ u	9.69 u	12
meer dan 3 over- legvormen	8 u	24 u	12½ u	13½ u	13.89 u	12 * 2
totaal	1 u	24 u	6 u	9 u	9.03 u	71 * ke
totaal voor alle 73 centra					8.78 u	73 ge
totaal, exclusief overleg door vertegenwoordi- gers	1 u	18 u	6 u	8½ u	8.49 u	70 ** mu
totaal voor alle 73 centra					8.14 u	73 ov

Als men alle overleg bij elkaar telt, dan wordt er gemiddeld per maand 9 uur multidisciplinair overleg gevoerd. Dit getal is iets lager als men het overleg dat door vertegenwoordigers gevoerd wordt buiten beschouwing laat. De helft der centra heeft 9 uur of minder multidisciplinair overleg; een kwart 6 uur of minder.

De overlegtijd varieert sterk; van 1 tot 24 uur voor het totale overleg; van 1 tot 18 uur voor het overleg waar alle betrokkenen participeren.

2.1.3.2. DEELNAME AAN MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG IN GEZONDHEIDSCENTRA TOTAAL OVERZICHT.

Per overlegvorm is de deelname aan het overleg achtereenvolgens beschreven voor het kernteam, de extra disciplines en de assistenten.

Ook in deze overzichtsparagraaf zullen we dezelfde volgorde aanhouden.

kernteam

Van de 52 gezondheidscentra met multidisciplinair overleg en meer dan 3 disciplines wordt in 12 gevallen (7 in de groep 4-5 disciplines en 5 in de groep meer dan 5 disciplines) het overleg alleen door de leden van het kernteam gevoerd. Er zijn in deze centra wel meerdere disciplines gevestigd; zij maken echter geen deel uit van het multidisciplinair overleg.

Per soort overleg liggen deze verhoudingen iets lager. In tabel 2.22. is voor de verschillende overlevormen (alleen voor wat betreft de centra met meer dan 3 disciplines) de deelname van het kernteam beschreven.

Tabel 2.22. Deelname van het kernteam aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra met meer dan 3 disciplines

	patiënten- overleg of gecombineerd overleg	apart organisa- torisch overleg	beleids- overleg	samen- werking/ functio- neren	alle overleg te zamen
het gehele eam	3	1	0	1	0
r het eam	17 (39%)	3 (14%)	7 (23%)	5 (42%)	12 (23%)
eam + ove- disciplines	24	18	24	6	40
l centra met effende overleg-	44	22	31	12	52

Als men als uitgangspunt neemt de deelname van het kernteam aan alle overleg (12 van de 52 gevallen = 23 %), dan ziet men dat het patiëntenoverleg en het overleg over het functioneren vaker alleen door het

kernteam worden gehouden en dat bij het aparte organisatorische overleg de extra disciplines eerder betrokken worden.

extra disciplines

In de voorgaande paragrafen is deelname aan de verschillende disciplines per overlegvorm beschreven.

Wij willen nu bezien of er tussen disciplines en overlegvormen verschillen zijn te constateren. Dit kan slechts voor een beperkt aantal disciplines en overlegvormen, omdat de aantallen al snel heel klein worden.

In tabel 2.23. is per discipline vermeld het relatieve aantal keren dat men aan het betreffende overleg deelneemt. Dit relatieve aandeel is in een proportie uitgedrukt; het aantal gevallen waarop de proportie betrekking heeft staat er naast genoemd.

Proporties die betrekking hebben op een getal kleiner dan 10 zijn tussen haken geplaatst.

Tabel 2.23. Deelname van enkele frequent voorkomende extra disciplines aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg

	fysio- therapie		verlos- kunde		gezins- zorg		tandheel- kunde		farmacie		totaal
	prop. deel- name	N =	prop. deel- name	N =	prop. deel- name	N =	prop. deel- name	N =	prop. deel- name	N =	prop. deel- name
gecombineerd- of patiënten- overleg	.54	39	.20	15	.44	16	.08	12	.08	13	.35
organisatie overleg	.86	21	.30	10	(.33)	3	(.50)	6	(.29)	7	.58
beleids overleg	.71	28	.25	12	.70	10	(.66)	6	.45	11	.58
samenwerking/ functioneren	.70	10	(.16)	6	(1.00)	1	(1.00)	1	.33	6	.50
gemidd. totaal	.67	98	.23	43	.53	30	.36	25	.27	37	.48

Het hoogste (zinvolle) getal vindt men voor deelname van de fysiotherapeuten aan het organisatorisch overleg; de laagste cijfers voor de deelname van tandarts en apotheker aan het patiëntenoverleg. Gemiddeld nemen de fysiotherapeuten het vaakst aan multidisciplinair overleg deel (in 2/3 van alle mogelijke situaties) en de verloskundige het minst (in nog geen kwart van de mogelijkheden). De deelname van extra disciplines aan het patiëntenoverleg is lager dan aan de overige overlegvormen (met name dan organisatorisch- en beleidsoverleg).

Tot slot kan men nog concluderen dat de gemiddelde deelname aan de hierboven beschreven disciplines aan een van de overlegvormen ongeveer 50% is. Fysiotherapie boven het gemiddelde, gezinsverzorging rond het gemiddelde en verloskunde, tandheelkunde en farmacie er onder.

Er is nog een manier om de deelname van de extra disciplines te bekijken; men kan namelijk ook berekenen in hoeveel gevallen de betreffende discipline deelneemt aan alle overleg, aan geen enkel multidisciplinair overleg of wel aan enig maar niet aan alle overleg.

In tabel 2.24. zijn deze cijfers weergegeven; ook weer als proportie van het totaal aantal keren dat de extra discipline voorkomt (nu zijn ook de twee centra zonder multidisciplinair overleg meegeteld).

Tabel 2.24. Deelname aan het getotaliseerde multidisciplinair overleg van de extra disciplines

	alle overleg	geen enkel overleg	wel overl. maar niet alle	aantal malen dat de discipline voorkomt
fysiotherapie	.50	.20	.30	46
verloskunde	.25	.55	.20	20
gezinszorg	.42	.29	.29	17
tandheelkunde	.14	.43	.43	14
farmacie	.07	.33	.60	15
voedingsleer	(.38)	(.38)	(.25)	8
bejaardenzorg	(.33)	(.16)	(.50)	6
psychologie	(.50)	(.00)	(.50)	4
ov.disciplines	.36	.36	.27	11
totaal	.35	.31	.34	141

Voor interpretatie van de tabel moet men eerst de onderste regel bekijken; het getal '.35' betekent, dat 'een' discipline een kans van één op drie heeft (35%) om bij alle multidisciplinair overleg betrokken te zijn. Voor gezinszorg en fysiotherapie zijn deze percentages hoger (resp. .42 en .50); voor verloskunde, tandheelkunde en farmacie zijn ze lager.

Daarentegen heeft 'een' discipline een kans van 31% om bij geen enkel overleg te zijn betrokken; deze kans is voor de verloskunde en de tandheelkunde groter, (55 en 43%) en voor fysiotherapie en gezinszorg kleiner (20 en 29%). De apotheker zit ongeveer op het gemiddelde; de kans dat hij bij enig, maar niet alle overleg is betrokken is daarentegen groter dan gemiddeld (60%).

Voor de fysiotherapie is het meest karakteristieke: betrokkenheid bij elk overleg (.50); bij verloskunde: betrokkenheid bij geen enkel overleg (.55); gezinszorg, elk overleg (.42); tandheelkunde, enig of geen enkel overleg (beide .43) en voor de apotheker: betrokkenheid bij enig, maar niet elk overleg (.60).

de assistenten

Ook de deelname van de assistenten zullen we voor de verschillende overlevormen bekijken en vervolgens zullen we afzien van de aard van het overleg, maar alleen bezien of er sprake is van deelname aan alle overleg, geen overleg of een tussenvorm.

Tabel 2.25. Deelname van de praktijkassistenten aan de verschillende vormen van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra

	pat.overleg of gecombi- neerd overleg	organisa- torisch overleg	beleids overleg	samen- werking/ functio- neren	totaal
deelname assistenten	20 (.33)	14 (.50)	18 (.47)	12 (.75)	64 (.40)
geen deelname assistenten	41	14	20	4	79
totaal centra met betreffende overlevorm	61	28	38	16	143

Deelname aan het patiëntenoverleg is het minst gebruikelijk; gesignaleerd was reeds dat deelname aan het overleg over samenwerking en functioneren, als het gehouden wordt, wat echter zelden het geval is, vaker voorkomt. Ziet men af van de verschillende soorten overleg, dan is het beeld van de deelname als volgt.

Tabel 2.26. Deelname der praktijkassistenten aan het getotaliseerde multidisciplinair overleg in gezondheidscentra

	centra met 3 discipl.	centra met 4-5 disci- plines	centra met meer dan 5 disciplines	totaal
deelname aan alle overleg	9 (.47)	8 (.29)	4 (.15)	21 (.29)
deelname aan geen enkel overleg	8 (.42)	18 (.64)	16 (.62)	42 (.58)
wel overleg maar niet alle	2 (.11)	2 (.07)	6 (.23)	10 (.14)
aantal centra	19	28	26	73

In de meeste gevallen nemen de assistenten niet deel aan enig overleg; dat geldt voor de centra met 3 disciplines het minst sterk; daar nemen ze in bijna de helft van de gevallen aan alle overleg deel.

Voor de assistenten geldt evenzeer als voor de andere disciplines: er is een grote speelruimte om ze al dan niet bij enig overleg te betrekken. Het zou zeer de moeite waard zijn om de consequenties daarvan voor de werkzaamheden in een gezondheidscentrum nader te onderzoeken.

2.2. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN

Lang niet alle huisartsen in groepspraktijken zijn bij geformaliseerd multidisciplinair overleg met andere hulpverleners betrokken. In 33 van de 57 gevallen wordt een dergelijk overleg niet genoemd. De resterende 24 gevallen zijn onderwerp van bespreking in deze paragraaf. Bij de beschrijving van multidisciplinair overleg in gezondheidscentra was de situatie in zoverre eenvoudig, dat het erom ging om de tot dan toe behandelde groep gemeenschappelijk gehuisveste hulpverleners in termen van feitelijke samenwerking te beschrijven.

Het was duidelijk waartegen men de samenwerkende hulpverleners diende af te zetten; dit ligt bij groepspraktijken anders. De samenwerking kan hier alleen feitelijk beschreven worden; niets kan worden gezegd over de groep waarmee geen samenwerking is gerealiseerd.

Dit betekent dat de indeling van de paragraaf een andere zal zijn; nadruk ligt op een beschrijving van de aard van het overleg en deelname eraan in wat grovere categorieën. Hierbij zal de vraag worden gesteld naar het al dan niet deelnemen van huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende; een drietal dat we ook in dit hoofdstuk als het 'kernteam' zullen blijven beschouwen.

2.2.1. DE AARD VAN HET OVERLEG

De aard van het multidisciplinaire overleg van groepspraktijken laat zich als volgt weergeven.

Tabel 2.27. Aard van het multidisciplinaire overleg van groepspraktijken

		1 overlegvorm	meerdere overlegvormen	totaal
overleg over patiënten	huisarts-wijkverpl.- maatschap.werk	5	3	8
	Ha-Wv-Mw + één extra disc.	7	2	9
	Ha-Wv-Mw + meerdere extra disc.	4	2	6
	andere combinaties	1	2	3
subtotaal		(17)	(9)	(26)
overig overleg	samenwerking		2	2
	beleid/organisatie intern		2	2
	beleid extern		2	2
	stichting gezondheids- in oprichting		1	1
totaal aan- tal overleg- vormen		17	16	33
totaal aan- tal groeps- praktijken		17	7	24

Zeventien praktijken tellen één overlegsituatie; zeven praktijken tellen er meer. In dit geval zijn er 6 met 2 multidisciplinaire overlegsituaties en een groepspraktijk telt 4 overlegsituaties, waarvan er één de vergadering over het in oprichting zijnde gezondheidscentrum is. Telt men bij de groepspraktijken één vorm van multidisciplinair overleg, dan is dat altijd 'inhoudelijk', het gaat altijd over patiënten. De groepspraktijken met meerdere overlegvormen willen ook nog wel eens over onderwerpen als 'samenwerking', 'organisatie' of 'extern beleid' vergaderen.

Een onderscheid is voorts gemaakt tussen overleg van huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende enerzijds en één of meerdere disciplines anderzijds. Uit de opgaven blijkt een duidelijk verschil tussen beide vormen. De eerstgenoemde vorm is een uitgebreid home-team, terwijl de laatstgenoemde categorie meestal veel breder van samenstelling is en vaak met de term 'sociaal café' wordt beschreven.

Het is eerder zo dat de artsen uit de groepspraktijk een onderdeel van een dergelijk overleg vormen, dan dat ze het middelpunt ervan uitmaken.

Tenslotte zijn nog de vormen van multidisciplinair overleg weergegeven waarvan niet het klassieke kernteam deel uitmaakt.

2.2.1.1. HET MULTIDISCIPLINAIR PATIENTENOVERLEG NADER BEKEKEN

De enige categorie overlegsituaties van voldoende omvang om nader te precisieren, is het 'patiëntenoverleg'.

Wij zullen de frequentie en duur ervan bepalen en de deelname van andere hulpverleners.

frequentie en duur

Tabel 2.28. Frequentie en duur van het multidisciplinair patiëntenoverleg van groepspraktijken

requentie uur	1x per week	1x per 2 weken	1x per maand	1x per 2 maanden	1x per 3 maanden	totaal	in uren per maand in uren per maand
1 uur	1	1	2			4	1 uur 4
½ uur	2	4	3			9	1½ uur 3
2 uur		2	6	1		9	2 uur 7
½ uur			2		1	3	2½ uur 2
3 uur			1			1	3 uur 5
							4 uur 3
							6 uur 2
otaal	3	7	14	1	1	26	gemiddeld 2½ uur

Het gemiddeld aantal uren besteed aan patiëntenoverleg is lager dan bij de gezondheidscentra (2½ uur tegen 4¼ uur); een wekelijks overleg is zeldzamer en maandelijks overleg komt vaker voor (14 van de 26 versus 4 van de 37). In de helft van de gevallen duurt het overleg niet langer dan 1½ uur.

deelname

Deelname van het kernteam is reeds in tabel 2.27. beschreven. Het gaat nu om de gevallen waarin er meerdere soorten hulpverleners meedoen.

Tabel 2.29. Deelname andere hulpverleners dan maatschappelijk werk en wijkverpleging aan het multidisciplinair patiënten-overleg in groepspraktijken

fysiotherapeut	6	psycholoog	1
leidster gezinszorg	8	psychiater	1
leidster bejaardenzorg	2	manueel therapeut	1
pastoor of dominee	5	verloskundige	2
ambtenaar soc. zaken	3	aantal groepspraktijken met multi.disc.	
politie	1	patiëntenoverleg buiten de kerndisc.	18.
.P.D.	2		
andere huisartsen	2		

Het aantal groepspraktijken waarvan hierboven de deelname beschreven is bedraagt 18 (het aantal praktijken met multidisciplinair patiënten-overleg (26) minus het aantal waar alleen het kernteam meedoet (8)). Van deze 18 gevallen is in 6 ervan een fysiotherapeut bij het overleg betrokken; de leiding van gezinszorg 8x; de dominee en/of de pastor 5x enzovoorts.

Deelname van assistenten wordt slechts in 1 van de 26 gevallen gemeld.

2.2.2. MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN GETOTALISEERD

Als we alle als multidisciplinair gepresenteerd overleg bij elkaar tellen dan krijgt men de volgende frequentieverdeling van het aantal uren per maand.

Tabel 2.30. Frequentieverdeling van het aantal uren per maand besteed aan multidisciplinair overleg door groepspraktijken

1 uur	4	minimum	1 uur	
1½ uur	1	maximum	12 uur	
2 uur	4	laagste 25 %	2 uur	
3 uur	5	mediaan	3 uur	
3½ uur	1	gemiddelde 3.40 uur		gemiddelde voor alle 57 praktijken: 1.43 uur
4 uur	4			
4½ uur	1	aantal praktijken 24 met multidisc. overleg		
5 uur	1	aantal praktijken 33 zonder multidisc. overleg		
6 uur	2			
12 uur	1			
totaal	81 ½	uur		

Vergelijkt men deze cijfers met het totaalcijfer van de gezondheidscentra (tabel 2.21.) dan ziet men dat het multidisciplinair overleg van huisartspraktijken (als het al plaatsvindt) minder intensief is; zij het dat een verwaarloosbaar deel van het overleg aan huishoudelijke en organisatorische zaken is gewijd.

Tabel 2.31. Multidisciplinair overleg in groepspraktijken en gezondheidscentra vergeleken.

	min.	max.	laagste 25%	mediaan	gemiddeld	centra met mult.dis. overleg	aantal centra zonder overleg
gezondheidscentra	1 u	18 u	6 uur	8½ u	8.49 u	71	2
groepspraktijken	1 u	12 u	2 uur	3 u	3.40 u	24	33

Het is zeker niet zo dat groepspraktijken-met-multidisciplinair overleg eigenlijk een soort gezondheidscentrum-zonder-dak zouden zijn. Daarvoor verschillen de gemiddelden te zeer. Het home-team overleg is duidelijk minder intensief.

3. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG

In de inleiding is al gezegd dat we onder 'interdisciplinair overleg' het overleg verstaan tussen hulpverleners van twee disciplines.

We moeten hier een beperking aanbrengen; we beperken ons tot het overleg waarbij de huisarts betrokken is, omdat we, doordat we met één contactpersoon werken en - zoals gezegd - deze contactpersoon meestal de huisarts is, niet voldoende zekerheid hebben over de betrouwbaarheid van informatie over overlegsituaties waarbij de discipline van de contactpersoon niet betrokken is.

Ook ditmaal beperken we ons tot het beschrijven van het gestructureerde overleg, beseffend, dat het 'even aanschieten' van een hulpverlenende collega juist voor de contacten tussen twee disciplines van niet te miskennen belang is.

In dit hoofdstuk zal eerst een beschrijving van interdisciplinair overleg in gezondheidscentra worden gegeven en vervolgens een overzicht van dit overlegtype tussen huisartsen uit groepspraktijken en andere disciplines.

3.1. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG IN GEZONDHEIDSCENTRA

We hebben de volgende vormen van interdisciplinair overleg onderscheiden:

1. interdisciplinair overleg tussen huisarts en de andere disciplines in het kernteam (par. 3.1.1.)
2. interdisciplinair overleg tussen huisarts en de extra disciplines binnen het centrum (par. 3.1.2.)
3. Interdisciplinair overleg tussen huisarts en hulpverleners buiten het centrum (par. 3.1.3.)

Bovendien zullen we bezien in hoeverre de verschillende vormen van interdisciplinair overleg náást of in plaats van het multidisciplinaire overleg voorkomen.

Tenslotte zal ook het interdisciplinair overleg worden getotaliseerd.

3.1.1. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG TUSSEN HUISARTS EN DE ANDERE DISCIPLINE VAN HET KERNTTEAM

Van de 73 gezondheidscentra zijn er 23 waarin sprake is van interdisciplinair overleg tussen de huisarts en (een van) de andere disciplines in het kernteam. In 3 gevallen komt dit overleg in plaats van het multidisciplinaire overleg: in de overige 20 is er van beide soorten sprake.

In tabel 3.1. is weergegeven in welke verhouding overleg met wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende voorkomen.

Tabel 3.1. Interdisciplinair overleg tussen huisarts en overige leden van het kernteam in gezondheidscentra

	1 overlegsituatie		2 overlegsituaties		Totaal
	ha/wvpl	ha/mw	ha/wvpl	ha/wv + ha/mw	
nàast het mult.disc.ov.	13	1	2	4	20
in plaats van mult.disc.ov.	2			1	3
Totaal	15	1	2	5	23

Overleg met de wijkverpleegkundige komt het vaakst voor (in 17 van de 23 gevallen zelfs exclusief tegenover éénmaal alleen met het maatsch. werk). In 5 gevallen is er zowel sprake van overleg tussen huisarts en maatsch.werkende als tussen ha en wijkverpleegkundige.

De aard van het overleg

Vaak betreft het overleg huisarts/wijkverpleegkundige de gang van zaken rond het consultatiebureau. Deze problematiek leent zich blijkbaar niet zo zeer voor multidisciplinair overleg (zij het dat we niet systematisch hierover hebben gevraagd), daarnaast springen enkele bij-

zondere overlegsituaties in het oog.

Eén centrum heeft een wekelijks overleg over in het ziekenhuis opgenomen patiënten (bezoek, nazorg); een interessante poging om invloed op de verpleegduur uit te oefenen en communicatiestoornissen te vermijden.

Hetzelfde centrum kent tweemaal per jaar een overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige over de patiënten die in dat half jaar zijn overleden.

Een ander centrum kent een overleg tussen huisarts, wijkverpleegkundige en een (externe) pedagoog over de problemen van kinderen in de praktijk.

Twee centra melden een gezamenlijke 'medische' nascholing voor huisarts en wijkverpleegkundige.

Het aantal verschillende samenwerkingsmogelijkheden tussen huisarts en wijkverpleegkundige is uiterst gevarieerd; beide disciplines hebben veel raadvlakken. In hoeverre het bestaan van deze (extra) interdisciplinaire overlegsituaties betekent dat dergelijke problemen niet in het multidisciplinaire overleg aan de orde komen, kunnen we niet zeggen omdat we daar niet rechtstreeks naar hebben gevraagd.

Frequentie en duur

Wil men uiteindelijk een totaal overzicht van de aan geformaliseerd overleg bestede tijd voor gezondheidscentra construeren, dan is het zinvoller de per centrum dan de per overlegvorm bestede tijd te noteren. Zoals gezegd gaat het om 23 centra met 30 overlegvormen. In tabel 3.2. zijn enkele kengetallen van dit interdisciplinaire overleg tussen huisarts en overige kerndisciplines weergegeven.

Tabel 3.2. Frequentie van het interdisciplinair overleg tussen huisarts en kernteam uitgedrukt in uren per maand.

uren per maand	frequentie
$\frac{1}{4}$ uur 2 3 uur 3	gemiddelde per overleg 2.03 uur (n = 30)
$\frac{3}{4}$ uur 1 4 uur 4	gemiddelde per centrum 2.65 uur (n = 23)
1 uur 7 5 uur 1	gemiddelde voor alle 0.82 uur (n = 73)
$1\frac{1}{2}$ uur 4	gezondheidscentra
2 uur 7 Som 60 $\frac{3}{4}$ uur	
$2\frac{1}{4}$ uur 1	

Het laatste getal, het gemiddelde berekend over alle 73 gezondheidscentra, is alleen van belang voor het totaaloverzicht. Op zichzelf is het ook doorberekenen van de aan interdisciplinair overleg bestede uren over de centra zonder dit overleg niet zinvol. Terwille van een globaal overzicht over het eind van dit hoofdstuk is toch het getal gegeven.

3.1.2. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG TUSSEN HUISARTS EN DE EXTRA DISCIPLINES

Bij het overleg tussen de huisartsen en de overige disciplines buiten het kernteam gaat het om een tamelijk ingewikkelde zaak, die we hebben geprobeerd overzichtelijk te maken door vast te stellen of de betreffende discipline betrokken was bij (enig) multidisciplinair overleg en al dan niet bij interdisciplinair overleg. Over de aard van het multidisciplinair overleg geven we geen informatie; dit zou te ver in detail voeren. Wel zij opgemerkt dat het interdisciplinair overleg altijd een "inhoudelijk" karakter heeft (dat wil zeggen op de inhoud van de hulpverlening betrokken is).

In tabel 3.3. staat voor de 141 in gezondheidscentra gevestigde extra disciplines vermeld in welke mate zij bij multi- en interdisciplinair overleg betrokken zijn.

Tabel 3.3. Betrokkenheid bij inter- en multidisciplinair overleg van de extra disciplines in gezondheidscentra met meer dan 3 disciplines

		fysio- therapie		Verlos- kunde		Gezins- verz.		Tandheel- kunde		Farmacie		Voeding- leer		Bejaarden- zorg		Overige disc.		Totaal	
		prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=	prop. deel- name	N=
Multi- disc. overleg	inter- disc. wel	.24	11	.00	0	.00	0	.00	0	.20	3		0		0	.07	1	.11	15
	niet	.56	26	.45	9	.71	12	.57	8	.47	7	(.63)	5	(.83)	5	.67	10	.58	82
Multi- disc. overleg	inter- disc. wel	.11	5	.05	1	.06	1	.00	0	.20	3		0	(.17)	1	.07	1	.09	12
	niet	.09	4	.50	10	.24	4	.43	6	.13	2	(.37)	3		0	.20	3	.23	32
Totaal			46		20		17		14		15		8		6		15		141

Tandarts en verloskundige hebben de grootste kans in het geheel niet bij enig overleg met de huisarts betrokken te zijn; 10 van de 20 in gezondheidscentra gevestigde verloskundigen vallen buiten alle geformaliseerd overleg. Bij fysiotherapeuten en apothekers komt deze situatie veel minder voor. In minder dan 10% van de gevallen zijn de fysiotherapeuten bij geen enkel overleg betrokken; ook de apotheker valt slechts in 2 van de 15 gevallen overal buiten. Fysiotherapeuten en apothekers kunnen naar verhouding nog het vaakst naast het multidisciplinair overleg (dit kan bijvoorbeeld een organisatorisch overleg zijn) ook nog apart overleg met de huisarts hebben.

Over het totaal kan men nog zeggen dat bijna een kwart (23%) van de in gezondheidscentra gevestigde extra disciplines niet bij overleg betrokken is. Voor deze disciplines betekent een gezondheidscentrum dus alleen een gemeenschappelijke huisvesting. Voor bijna 10% betekent vestiging alleen betrokkenheid bij interdisciplinair overleg; iets meer dan 10% van de disciplines is zowel bij inter- als multidisciplinair overleg betrokken.

Frequentie en duur

Een uitvoerige tabel van frequentie en duur van het overleg is niet zo zinvol vanwege de heterogeniteit van de overlegsituaties. We geven daarom alleen een statistische samenvatting. In tabel 3.3. kan men aflezen dat het om 27 disciplines ging. Deze 27 overlegvormen tussen huisarts en één van de extra disciplines tellen in het totaal 30 overlegsituaties. Het gaat om 21 gezondheidscentra.

Het totaal aantal overleguren per maand is $68\frac{3}{4}$ uur. Per overlegsituatie gemiddeld 2 u 20 min. Per centrum 3 u 20 min. Voor alle centra met meer dan 3 disciplines (54) gemiddeld $1\frac{1}{4}$ u.

3.1.3. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG MET HULPVERLENERS BUITEN HET CENTRUM

Het is niet zo verwonderlijk dat het verband tussen het aantal disciplines in een centrum en het aantal contacten met hulpverleners buiten het centrum omgekeerd evenredig is. Van de 19 centra met 3 disciplines melden er 8 (42%) een dergelijk overleg; van de centra met 4, 5 en meer dan 5 disciplines zijn de getallen resp. 4 (van de 12 = 33%), 4 (van de 16 = 25%) en 2 (van de 26 = 8%).

De 8 gezondheidscentra met 3 disciplines tellen 13 vormen van overleg met hulpverleners buiten het centrum; de overige centra ieder één overlegvorm; totaal dus 23 overlegsituaties.

De aard van het overleg

De 23 overlegvormen zijn als volgt verdeeld: hulpverleners 1e lijn: 7 maal met de fysiotherapeut, 5x met apotheker, 1x verloskundige, 1x diëtiste; hulpverleners 2e lijn: 2x internist; hulpverleners AGGZ: 1x SPD¹, 1x MOB², 1x IMP³; hulpverleners 2e lijn GGZ: 3x psychiater (consultatie); overige contacten: 1x politie.

- 1) Sociaal Psychiatrische Dienst
- 2) Medisch Opvoedkundig Bureau
- 3) Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie

Frequentie en duur

Voor het totaaloverzicht is alleen het gemiddelde van belang: 32 uur en 50 minuten totaal. Dit betekent per overlegvorm 1.42 uur (n = 23) en per centrum 1.83 uur (n = 18). Voor alle centra samen is dit dus 0.45 uur (n = 73).

3.1.4. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG GETOTALISEERD

Het maken van een totaaloverzicht voor het interdisciplinaire overleg is niet zo eenvoudig, omdat de mate waarin interdisciplinair overleg mogelijk en voor de hand liggend is, sterk afhankelijk is van de complexiteit van het centrum.

De centra met 3 disciplines telden sporadisch extra interdisciplinair overleg tussen de leden van het kernteam; (uiteraard) geen overleg met extra disciplines binnen het centrum, maar wel weer met hulpverleners buiten het centrum. Voor de centra met extra disciplines ontbrak deze laatstgenoemde categorie vrijwel, maar was er weer vaker sprake van interdisciplinair overleg binnen het centrum.

Telt men alle opgegeven uren bij elkaar dan komt men op een totaal van 162½ uur; verdeeld over alle 73 centra geeft dit dus een gemiddelde tijd voor interdisciplinair overleg (voor de huisartsengroep) van 2.22 uur. Gelet bij het in par. 2 genoemde cijfer voor multidisciplinair overleg (8.78 uur voor alle centra), komen we op een totaalcijfer van 11 uur multi- en interdisciplinair overleg voor alle gezondheidscentra tezamen. Dat is een (veel) lager getal dan in het algemeen voor dit type overleg wordt 'opgevoerd'¹⁾. Voor het interdisciplinair overleg is het getal ook tamelijk kunstmatig, omdat lang niet alle centra deze overlegvorm opgeven; er zijn dus nogal wat 'nullen'.

Bovendien is alleen het geformaliseerde overleg geteld en hebben we ons beperkt tot de huisartsengroep.

¹⁾ Zij het ook niet zo heel veel lager dan de cijfers die Ten Cate en Van Dijke uit de gestandaardiseerde jaarverslagen van de stimuleringsregeling halen (3.4 uur per week voor 34 gezondheidscentra die in 1977 van de regeling gebruik maakten en dit deel van de vragenlijst leesbaar hadden ingevuld). De ziekenfondsraad stelt voor de AWBZ subsidie 15% extra tijd (25 uur per maand) als behorend bij samenwerking. Dit is inclusief monodisciplinaire samenwerking.

Kortom: er zijn nog wel wat vraagtekens bij de resultaten van onze tellingen te plaatsen - zij het dat men de mogelijkheid dat er inderdaad gewoon minder tijd aan overleg wordt besteed dan in het algemeen werd aangenomen, niet bij voorbaat terzijde moet leggen.

3.2. INTERDISCIPLINAIR OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN

In groepspraktijken komt interdisciplinair overleg vaker voor dan het reeds beschreven multidisciplinair overleg.

In tabel 3.4. staat de verdeling van de verschillende overlegvormen beschreven.

Tabel 3.4. Multi- en interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken

		multidisciplinair		Totaal
		ja	nee	
inter-disciplinair	ja	14	22	36
	nee	10	11	21
Totaal		24	33	57

Waren er slechts 24 groepspraktijken met multidisciplinair overleg, er zijn er 22 die niet deelnemen aan multidisciplinair, maar wel aan interdisciplinair overleg. Er zijn slechts 11 groepspraktijken waarvan de huisartsen geen gestructureerd overleg met andere disciplines voeren. Bij de groepspraktijken die alléén interdisciplinair overleg voeren is het aantal vergaderingen hoger (2.36) dan bij de groepspraktijken waar ook nog multidisciplinair overleg wordt gevoerd (1.93). Tezamen tellen de 36 groepspraktijken 78 interdisciplinaire overlegsituaties; de aard hiervan zal in de volgende paragraaf beschreven worden.

3.2.1. DE AARD VAN HET INTERDISCIPLINAIRE OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN

Bij de aard van het overleg hebben we een onderscheid gemaakt tussen overleg met hulpverleners in de eerstelijns van de gezondheids- of welzijnszorg

en hulpverleners uit hogere echelons.

In tabel 3.5. staat het overzicht vermeld.

Tabel 3.5. Aard van de andere discipline in het interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken

Wijkverpleegkundige		24
waarvan cons.bureau 11		
Maatschappelijk werkende		18
Fysiotherapeut		12
Apotheker		12
Ov. disc. 1e lijn		3
(verlosk., diëtiste, opb.werk)		
disciplines 2e lijn		9
wv specialist	3	
GGZ	6	
Totaal aantal		78
Overlegsituaties		

Interessanter wellicht dan de afzonderlijke disciplines zijn de combinaties; de meeste groepspraktijken hebben meerdere overlegsituaties, soms met dezelfde hulpverleners, maar meestal met andere.

Als we meer dan een overlegsituatie met dezelfde discipline éénmaal tellen en alle overleg met andere disciplines dan wijkverpleegkunde, maatschappelijk werk, fysiotherapie en farmacie als 'overig' categoriseren, dan vindt men volgende combinties: tabel 3.6.

Tabel 3.6. Combinaties van interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken

<u>1 Categorie</u>	
Alleen met wijkverpleging	6
Alleen met maatsch.werk	3
Alleen met fysiotherapie	1
Alleen met apotheker	3
Alleen met ander disc.	2
Aantal overlegsituaties	15
zonder combinaties	

<u>2 Categorieën</u>	
Wijkverpleging + maatsch.werk	3
Wijkverpleging + apoth.	1
Wijkverpleging + ov.overleg	1
Maatsch.werk + fysioth.	2
Maatsch.werk + apoth.	1
Fysioth. + apotheker	2
Fysioth. + ov. disciplines	1
Totaal aantal overleg-	11
situaties met 2-disc.	

<u>3 Categorieën</u>	
Wijkverpleging + mw + fysioth.	1
Wijkverpleging + mw + apoth.	2
Wijkverpleging + mw + rest	2
Totaal overl.situatie met	5
3 disc.	

<u>4 Categorieën</u>	
Wijkver.+ mw + fysioth. + apoth	2
Wijkverpl. + maatschw. + fysioth.	3
+ ov.	
Totaal aantal overl.situatie	5
met 4 disc.	

Totaal aantal groepspraktijken met interdisciplinair overleg 36.

De overlegsituatie van sommige groepspraktijken is bijna net zo complex als van een gezondheidscentrum; in 15 gevallen is er overleg met één discipline, maar soms overleg met wijkverpleging en met maatschappelijk werk en met de fysiotherapeut en met de apotheker.

Frequentie en duur

Gegeven de heterogeniteit van de overlegsituaties is een uitvoerig overzicht van frequentie en duur niet zo relevant.

We volstaan met een statistisch overzicht in uren per maand voor de 14 groepspraktijken die ook aan multidisciplinair overleg meedoen en de 23 waar alleen sprake is van interdisciplinair overleg.

Tabel 3.7. Enkele getotaliseerde gegevens over het aantal uren interdisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken (in uren per maand)

	som	minimum	maximum	gemiddelde	mediaan	laagste 25%	Aan Gro pre
geen multidisciplinair overleg	100 $\frac{1}{4}$ u	$\frac{1}{2}$ u	13 u	4.56	3 u	2 u	2
ook multidisciplinair overleg	49 $\frac{3}{4}$ u	1 u	8 u	3.55	2 u	2 u	
Totaal	150 u	$\frac{1}{2}$ u	13 u	4.16	3 u	2 u	2

Hoewel het voor het totaal het gemiddeld aantal uren per maand iets meer dan 4 bedraagt, besteedt toch de helft van het aantal groepspraktijken 3 uur per maand of minder aan interdisciplinair overleg. De spreiding bij de groepspraktijken zonder multidisciplinair overleg is groter dan bij de andere groep.

We kunnen het beeld nog completeren door het aantal uren multidisciplinair overleg voor de twee groepen (met en zonder interdisciplinair overleg) apart weer te geven (tabel 3.8.)

Tabel 3.8. Aantal uren multidisciplinair overleg van huisartsen in groepspraktijken met en zonder interdisciplinair overleg (in uren per maand)

	som	minimum	maximum	gemiddelde	mediaan	laagste 25%
ook interdisciplinair overleg	46 u	1 u	12 u	3.29 u	2 u	1 u
geen interdisciplinair overleg	36 u	1 u	6 u	3.60 u	3 u	3 u
Totaal	82 u	1 u	12 u	3.42 u	3 u	2 u

De 14 groepspraktijken met zowel multidisciplinair als interdisciplinair overleg besteden iets meer tijd aan het laatste dan aan het eerste soort (49 $\frac{3}{4}$ uur versus 46 uur); deze praktijken komen wat betreft het gemiddeld aantal uren (6.85) aan multi- en interdisciplinair overleg besteed overigens enigszins in de buurt van het gemiddelde aan multidisciplinair overleg in gezondheidscentra (8.49 u). Zeker als men bedenkt dat het typisch organisatorische overleg bij dit laatste getal inbegrepen is. Het cijfer ligt echter wel duidelijk lager. Er is nog geen reden om onze conclusie op pag. 38 te nuanceren. Men kan echter binnen de categorie 'groepspraktijken' een subgroep (van ongeveer 25%) aanwijzen met een bijna even ingewikkelde en intensieve overlegstructuur als het doorsnee gezondheidscentrum. Het gaat hier echter om een klein deel van de groepspraktijken.

4. MONODISCIPLINAIR OVERLEG VAN DE HUISARTSENGROEP

Tot slot het overleg binnen de huisartsengroep. Eigenlijk zou men in dit hoofdstuk ook het interne overleg van de andere disciplines moeten beschrijven, maar daarvoor is het systeem van één contactpersoon niet toereikend. Het onderwerp 'samenwerking' zal zeker de komende tijd nog weleens aan de orde komen; dan moet ernstig overwogen worden om meerdere contactpersonen in te schakelen, zodat een minder eenzijdig beeld kan worden geboden. In dit rapport volstaan we, zoals gezegd, met de beschrijving van de huisartsengroep.

Eerst voor de gezondheidscentra, vervolgens voor de groepspraktijken. Niet alleen het overleg tussen de huisartsen zullen we beschrijven, maar ook het overleg tussen huisarts(en) en praktijkassistenten. Formeel gaat het bij dit laatste niet om strikt monodisciplinair overleg, maar materieel onzes inziens wel.

4.1. MONODISCIPLINAIR OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GEZONDHEIDSCENTRA

Bij de inspectie van het gegevensmateriaal komen er enkele problemen aan het licht. Er zijn nogal wat gezondheidscentra (28 in dit geval) die geen monodisciplinair overleg tussen huisartsen opgeven. Het is uiteraard mogelijk dat er inderdaad geen sprake is van deze overlegsoort, maar ook kan het zijn dat de aandacht van de geïnterviewde vooral bepaald is geweest door de opsomming van het multidisciplinair en interdisciplinair overleg.

We presenteren de cijfers daarom met enig voorbehoud.

Aard van het overleg

Zoals gezegd geven 28 centra geen monodisciplinair overleg binnen de huisartsengroep op, de frequentieverdeling van het overleg binnen de

centra waar de huisartsen wèl overleggen is als volgt:

1 overlegsituatie (20 centra), 2 overlegsituaties (16 centra), 3 overlegsituaties (6 centra) en 3 centra kennen zelfs 4 verschillende monodisciplinaire overlegvormen. Opgeteld zijn dit 82 verschillende vormen. Splitst men deze 82 overlegvormen in verschillende categorieën dan ontstaat het volgende beeld (tabel 4.1.)

Tabel 4.1. Frequentieverdeling van de verschillende vormen van monodisciplinair overleg van huisartsen in gezondheidscentra (in uren per maand)

aard v.h. overleg		Aantal	Totaal aantal uren	Gemiddelde per ov.vorm	
ALLEEN HUIS- ART- SEN	inhoudelijk/ organisatorisch	17	102½ u *	6.03	gem. per centrum met monodisc.ov. 9.24 uur (N=45)
	inhoudelijk	19	121 u **	6.37	gem. voor alle centra (N=73) 5.70 uur
	organisatorisch	20	71 u	3.55	
	overleg met andere ha ter plaatse	6	14½ u	2.42	
	opleiding	3	37½ u	12.5	
ART- SEN + ASS.	inh./organ.	6	16 u	2.67	
	inhoudelijk	2	31 u	15.5	
	organ.	8	14½ u	1.81	
	alleen ass.	1	8 u	8	
Totaal		82	416 u ***	5.07 ***	

* 2 centra geven ieder 1 uur per dag op (20 uur per maand) - dit verhoogt het gemiddelde aanzienlijk. Trekt men dit eraf dan komt men op een gemiddelde van $62\frac{1}{2} : 15 = 4.17$ u.

** ditzelfde geldt hier. Ook hier hebben 2 centra 20 uur per maand opgegeven. Corrigeert men hier voor dan is het gemiddelde 4.76 uur.

*** gecorrigeerd voor de vier bovengenoemde centra is het gemiddelde: 4.31 u.

Monodisciplinair overleg (en daarin begrepen het overleg tussen huisartsen en praktijkassistenten) neemt, als het genoemd wordt, ongeveer evenveel tijd als multidisciplinair overleg, zij het dat het gemiddelde wat opgeschroefd wordt door de centra die opgeven één uur per dag aan dit soort overleg te besteden.

Een strikte scheiding in 'inhoudelijk' en 'organisatorisch' overleg is niet goed mogelijk omdat bij een aantal centra deze vormen door elkaar lopen.

4.2. MONODISCIPLINAIR OVERLEG VAN HUISARTSEN IN GROEPSPRAKTIJKEN

Dit type overleg zou voor groepspraktijken eigenlijk het meest typerend moeten zijn; het ontstaan van het verschijnsel 'groepspraktijk' is toegejuicht omdat men de mogelijkheid tot intercollegiale steun als een belangrijke voorwaarde voor en een verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde beschouwde. Toch melden 11 van de 57 gezondheidscentra geen gestructureerd (agenda en evt. notulen) monodisciplinair overleg. Dit betekent natuurlijk niet dat een dergelijk overleg (zeker als de groepspraktijk klein is) niet tijdens de koffie- of theepauze kan plaatsvinden. We geven hier echter alleen het geformaliseerde overleg weer. De overige 46 centra tellen 86 overlegvormen (18 centra met 1 overleg; 17 met 2; 10 met 3 en één praktijk met 4 verschillende vormen van monodisciplinair overleg).

De verdeling van de verschillende vormen vindt men in tabel 4.2.

Tabel 4.2. Frequentieverdeling van de verschillende vormen van monodisciplinair overleg in huisartsgroepspraktijken (uitgedrukt in uren per maand).

aard v.h. overleg		Aantal	Totaal aantal uren	Gemiddelde per ov.vorm	
HUIS- ART- SEN	inhoudelijk/ organisatorisch	13	101 ½ u*	7.81 u **	Gemid. per gr. prakt. met mono- disc. ov. (n = 46) 8.25 u
	inhoudelijk	15	88 ½ u	5.90 u	Gem. over alle groepsprakt. (n= 57) 6.66 u
	organisatorisch	24	89 u	3.71	
	overleg met andere ha ter plaatse	16	36 u	2.25	
	opleiding	1	20 u	20	
ART- SEN + ASS.	inh./organ.	5	18 ½ u	3.70	
	inhoudelijk	1	5 u	5	
	organ.	9	17 u	1.89	
	ov.	2	4 u	2	
Totaal		86	379 ½ u	4.41	

* na correctie 81½ uur

** na correctie 6.25 uur

Monodisciplinair overleg is in groepspraktijken een belangrijke gelegenheid. Het gemiddelde ligt hoger dan het gemiddelde voor multi- of interdisciplinair overleg; de frequentie is bovendien hoger.

De gemiddelden worden echter nogal door enkele 'uitschieters' beïnvloed. Bijna elke groepspraktijk (en ook elk gezondheidscentrum) kent een informeel overleg tijdens koffie-, lunch- of theepauze, waar een groot aantal lopende problemen kan worden opgelost.

Sommige samenwerkingsverbanden zullen geneigd zijn dit overleg als 'formeel' op te voeren, andere daarentegen niet. Deze verschillen maken bovenstaande cijfers nogal broos. Ze worden, hetzij nogmaals vermeld, onder voorbehoud gepresenteerd.

Niettemin kan men concluderen dat in groepspraktijken het zwaartepunt op het monodisciplinair overleg rust; in gezondheidscentra op het multidisciplinaire. Een weinig verrassende conclusie - het betekent wel, dat groepspraktijken en gezondheidscentra twee duidelijk van elkaar te onderscheiden vormen van samenwerking zijn met een eigensoortig karakter.

5. SLOTBESCHOUWING

Hoeveel tijd kost samenwerking

De vraag die vanuit het beleid gesteld zal worden is: 'hoeveel tijd kost samenwerking ons extra?'. Kan deze vraag met het onderzoeks-materiaal beantwoord worden?

Het antwoord is: ten dele en met aanzienlijke reserve.

In de loop van het verhaal is al herhaalde malen gesteld, dat de methode van onderzoek zijn beperkingen heeft (natuurlijk zijn er ook voordelen; anders zouden we de methode niet toepassen; zo worden gegevens voor alle groepspraktijken en gezondheidscentra verzameld).

Bovendien geeft samenwerking, gemeten op één tijdstip, niet meer dan een momentopname van gezondheidscentra en groepspraktijken die zich in een verschillend stadium van ontwikkeling bevinden.

Het grootste bezwaar tegen de gepresenteerde cijfers is echter de (noodzakelijke!) beperking tot het geformaliseerde overleg.

Maar goed, als men deze slagen rond de arm gewonden heeft, dan kan men stellen dat de huisartsengroep in gezondheidscentra gemiddeld 16 $\frac{3}{4}$ uur per maand aan samenwerking besteedt. Van dit 'bedrag' gaat 53% naar multidisciplinair-; 13% naar interdisciplinair- en 34% naar monodisciplinair overleg. Voor de huisartsgroepspraktijken zijn de gemiddelden voor het totaal: 10 $\frac{3}{4}$ uur; (13% multidisciplinair, 25% interdisciplinair en 62% monodisciplinair).

Het woord gemiddeld is èn onderstreept èn gecursiveerd om aan te geven dat het om een tamelijk kunstmatig getal gaat. Zo zijn er bijvoorbeeld 29 gezondheidscentra zonder interdisciplinair overleg; het gemiddelde is echter over alle centra omgeslagen. Voor multidisciplinair overleg in gezondheidscentra is dat niet zo'n probleem; er zijn slechts 2 centra zonder een dergelijk geformaliseerd overleg - voor de groepspraktijken daarentegen wèl - van de 57 groepspraktijken kennen slechts 24 multidisciplinair overleg. Consequenties voor extra honoreringen mogen dan ook niet op grond van deze gemiddelden getrokken worden. Ze kunnen beter op de werkelijk bestede tijd worden gebaseerd; met een bepaald maximum bijvoorbeeld.

De ten behoeve van de subsidiëring van gezondheidscentra door de Ziekenfondsraad gehanteerde '15 procents norm' (voor de huisartsen in gezondheidscentra wordt gesteld dat 15% van de tijd aan samenwerking wordt besteed; hetgeen neerkomt op een 25 uur per maand) omvat niet alleen de

geformaliseerde samenwerking. Ook overhead taken en "extra's", zoals wetenschappelijk onderzoek vallen er onder.

Deelname hulpverleners en assistenten aan het overleg

Als argument tegen het registreren van gezondheidscentra en groepspraktijk is wel eens ingebracht, dat gemeenschappelijke huisvesting 'niets' zou zeggen over de mate van samenwerking tussen de hulpverleners.

Analyse van de gegevens over deelname van de verschillende disciplines aan de verschillende vormen van overleg leert ons (zie voor details tabel op pagina 30 en tabel 3.3. op pagina 43,) dat bovenstaande stelling niet gegrond is.

Er zijn maar twee gezondheidscentra zonder geformaliseerd multidisciplinair overleg. Samenwerking tussen huisarts, maatschappelijke werkende en wijkverpleegkundige vindt slechts bij hoge uitzondering niet multidisciplinair plaats. Ook als er andere disciplines in het centrum gevestigd zijn, dan is de kans op deelname aan hetzij multi- hetzij interdisciplinair overleg tamelijk gering. De gemiddelde kans op deelname van 'een' discipline aan enige vorm van multidisciplinair overleg is 48 %. Deze kans varieert echter zeer sterk per hulpverlener en per soort overleg. Van de verschillende soorten hulpverlening is de fysiotherapeut het vaakst en de verloskundige het minst bij enige vorm van overleg betrokken (respectievelijk 67 % en 23 % van de gevallen). De kans om bij het patiëntenoverleg betrokken te worden is 35 %; organisatorisch overleg 58 %.

Deelname van de assistenten is veel minder gebruikelijk. Slechts in 45 % van de gevallen doen ze aan een of ander overleg mee. De deelname varieert van 33 % van de gevallen voor het patiëntenoverleg tot 75 % van de gevallen voor het functioneren onderwerp van discussie is.

Deze laatste overlegvorm komt echter weinig voor.

Deelname van de assistenten hangt af van de complexiteit van het centrum. In centra met 3 disciplines neemt men in bijna de helft van de gevallen deel aan alle overleg, terwijl in centra met meer dan 5 disciplines slechts in 15 % van de gevallen van deelname door de assistenten sprake is.

Al met al valt het met de deelname van de verschillende disciplines nog wel mee; fysiotherapeuten horen er meestal geheel bij; voor tandarts en verloskundige geldt veel vaker dat men alleen in het centrum gevestigd is of spreekuur houdt.

De deelname van praktijkassistenten aan de verschillende soorten overleg is sterk variabel; het is zeker de moeite waard om de gevolgen voor de door het samenwerkingsverband geboden hulpverlening te onderzoeken.

