

MEERJARENPLANNING
BASISEENHEID
STRUCTUUR BEROEPSGROEP

band 2 - registratie samenwerkingsverbanden

september 1979

W.G.W. Boerma

Inhoudsopgave

pagina

1. Inleiding	2
2. Het aandachtsveld	3
3. Huidige activiteiten	4
4. De toekomst	5
5. Prioriteiten	8
6. Structuur, organisatie en personele bezetting	9

1. inleiding

In augustus 1977 werd een begin gemaakt met het projekt Registratie Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Daartoe werd overgegaan, omdat er vooral bij beleidsmakers een groeiende behoefte bleek te bestaan aan betrouwbare gegevens over dit snel veranderende gebied van de eerstelijns gezondheidszorg. Met name overheid, ziekenfondsen en beroepsorganisaties hadden onvoldoende overzicht in de ontwikkeling van het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken. Omdat de vragen steeds specifieker werden en de bestaande bronnen daaraan niet langer konden voldoen, heeft de afdeling WO van het NHI samen met vertegenwoordigers van betrokken organisaties de mogelijkheid onderzocht om te komen tot een registratiesysteem dat een permanente stroom van informatie zou kunnen genereren over de samenwerkingsvormen in de eerste lijn. De doelstelling van het hieruit geresulteerde projekt is het verkrijgen van inzicht in dit gebied van de gezondheidszorg door registratie van veranderingen van en binnen de situatie van de samenwerkingsvormen in een sluitend systeem onder te brengen; door de aard van de informatieverzameling, n.l. telefonische interviews, en de wens tot betrouwbaarheid daarvan kan alleen gevraagd worden naar eenvoudige, vooral getalsmatige zaken.

Aangezien het projekt nog te klein is om als zelfstandige basiseenheid te functioneren, is het organisatorisch voorlopig ondergebracht bij die van "struktuur beroepsgroep". Inhoudelijk is de verwantschap daarmee niet zo groot; immers "struktuur beroepsgroep" richt zich op ontwikkelingen binnen de huisartsenpopulatie, terwijl onze activiteiten in het spanningsveld van de samenwerking tussen verschillende soorten hulpverleners liggen. In dat opzicht is de overeenkomst tussen bijvoorbeeld het S1 projekt en het onze waarschijnlijk groter. Niettemin is gekozen voor een organisatorische band met "struktuur beroepsgroep", omdat daarmee methodisch meer problemen gemeen zijn. De ruime ervaring in die basiseenheid in het verzamelen, vastleggen en verwerken van gegevens, is voor ons projekt, met name in de opbouwfase van groot nut.

De personele bezetting van het projekt bestond aanvankelijk uit 1

interviewster/sekretaresse (20 uur per week), en 1 onderzoeker (+ 6 uur per week geleend van structuur beroepsgroep). Vanaf september '78 kwam er een medewerker bij voor de verwerking van de gegevens en het opbouwen van het systeem (tot 1 augustus '79 half-time, daarna 24 uur per week).

2. het aandachtsveld

Schematiseren we de funktionele relaties van de huisarts zoals in de NHI-beleidsnota, dan liggen de werkzaamheden van het projekt registratie samenwerkingsverbanden op de horizontale as. We treffen daarop de huisartsen aan alsmede de andere hulpverleners en voorzieningen in het eerste echelon. Hun onderlinge samenwerking, zowel mono- als interdisciplinair, is onze fokus.

Aangezien er binnen de eerstelijns gezondheidszorg veel verschillende soorten hulpverleners werkzaam zijn is er in principe een grote verscheidenheid aan samenwerkingsvormen mogelijk. Om praktische redenen hebben we ons dan ook moeten beperken.

Een eerste selectie betreft die samenwerkingsvormen, waarbij één of meer huisartsen betrokken zijn, wat niet wil zeggen dat we samenwerkingsverbanden zonder huisarts niet goed zouden vinden. Wel zijn we van mening dat de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg een spilfunctie bekleedt en als zodanig een goed uitgangspunt is voor een registratiesysteem. Bovendien biedt dat het voordeel, dat daarbij gebruik gemaakt kan worden van gegevens uit de huisartsenregistratie van het NHI.

Niet alle samenwerkingsverbanden met huisartsen hebben we geregistreerd.

We beperkten ons tot de samenwerking onder één dak van tenminste 3 huisartsen (groepspraktijken) en samenwerkingsverbanden van tenminste één huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende (gezondheidscentrum). In een gezondheidscentrum kunnen uiteraard naast de genoemde kerndisciplines nog andere soorten hulpverleners werkzaam zijn .

3. huidige activiteiten

Op het moment dat we dit schrijven verkeert het projekt aan het eind van een opbouwfase, waarin veel energie werd besteed aan het tot stand brengen van een systeem, waarin de gegevens uit de halfjaarlijkse interviews ordelijk ondergebracht kunnen worden.

Naast de interviewverslagen is er een kaartsysteem waarin per groepspraktijk of gezondheidscentrum de gegevens chronologisch zijn opgeslagen. Dit maakt een snel overzicht per groepspraktijk of centrum mogelijk van de ontwikkeling in de personele bezetting e.d. over de verschillende peildata.

Een volgende stap was de verdere verwerking van deze gegevens tot een komputerbestand, waardoor een veel grotere doelmatigheid verkregen wordt bij het maken van meerjarenoverzichten.

Daarmee zijn we gekomen aan een volgende activiteit, n.l. het produceren van de halfjaarlijkse verslagen uit het registratiesysteem. Naast de vaste onderdelen als de personele bezetting in de centra en groepspraktijken en veranderingen daarin, dienstverband of vrij beroep, en (aard van) het patiëntenbestand, worden ook regelmatig ekstra items aangesneden, zoals onlangs over de verschillende soorten van overleg binnen de samenwerkingsverbanden.

Deze halfjaarlijkse rapporten vergden tot nu toe veel telwerk. Als het binnenkort mogelijk is komputeraf te leveren, zal dat grotendeels tot het verleden gaan behoren.

Tot de vaste afnemers van onze rapporten behoren de ministeries van VOMIL en CRM (dat zich per 1 augustus j.l. als subsidiënt heeft teruggetrokken), de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening JOINT, het Centraal Bureau voor de Statistiek, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Ziekenfondsraad en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Daarnaast ontvangen alle groepspraktijken en gezondheidscentra de rapporten, en komen er regelmatig verzoeken van verschillende instanties om toezending.

Voorzover wij weten vormen de gegevens uit dit registratiesysteem het enige volledige overzicht van groepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland. Als zodanig is het dan ook bruikbaar voor beleidsbepaling en onderzoek.

4. de toekomst

Een uitgewerkt toekomstplan voor het projekt is er nog niet. Zoals gezegd zijn we in de afgelopen periode druk geweest met de organisatie van de informatieverwerking, en is er nog te weinig gereflekteerd en vooruit gekeken. Het voornemen van enkele subsidiënten om de financiering van het projekt voortaan voor perioden van vijf jaar vast te leggen, past bij onze behoefte aan een planning op wat langere termijn.

Onze plannen zijn te onderscheiden in die welke betrekking hebben op verbetering en uitbreiding van het registratiesysteem, en die welke nieuwe projektactiviteiten betreffen.

a. verbeteren van het bestaande systeem.

- . De betrouwbaarheid van onze gegevens is afhankelijk van de juistheid van de informatie die de kontaktpersonen in de samenwerkingsverbanden ons verstrekken. De aard van de vragen in de telefonische interviews is daar ook op afgestemd. Niettemin kunnen inkonsistenties en onnauwkeurigheden voorkomen. Deze kunnen we trachten te voorkomen door niet altijd dezelfde persoon (of discipline) te interviewen, of, in grotere centra gebruik te maken van meerdere informanten per peildatum. Een andere mogelijkheid tot vergroting van de betrouwbaarheid is verifikatie van ons materiaal aan de hand van jaarverslagen van de gezondheidscentra en andere voorhanden publikaties,
- . Een aantal kriteria zullen bijgesteld moeten worden. Zo dient er bijvoorbeeld een duidelijke grens gesteld te worden aan de registratie van hulpverleners die voor slechts enkele uren per week aan de samenwerking deelnemen, en zullen we verdere verfijningen inbouwen m.b.t. de mate van wijkgebondenheid en de overlapping van de patiëntenbestanden van de hulpverleners.
- . In de nabije toekomst zal een programmaatje opgesteld worden van de items die als ekstra vragen aan de orde komen in de interviewronden. Gedeeltelijk zijn dit eerder behandelde onderwerpen, waar we in een later stadium op terug willen

komen: subsidiebronnen, aard van de huisvesting, de eventuele rechtsvorm en samenstelling van besturende lichamen, management en coördinatie, en omvang en aard van het overleg.

Gedeeltelijk zijn het ook nieuwe onderwerpen. We noemen er enkele:

- een beschrijving van de taakinhoud van enkele ondersteunende functies zoals praktijkassistenten en coördinatoren.
- werkrelaties tussen de hulpverleners in de samenwerkingsverbanden en instellingen voor (A)GGZ.
- de case-load bij maatschappelijk werkenden.
- de communicatie tussen hulpverleners en cliënten/patiënten (participatie).
- overzicht van het aantal plaatsen dat door stagiairs en andere opgeleiden wordt ingenomen.
- nevenfuncties van part-time werkende hulpverleners.
- het patiëntenregistratiesysteem in de samenwerkingsverbanden.

Daarnaast is het mogelijk dat andere (beleids)relevante vragen zullen worden opgenomen, bijvoorbeeld op initiatief van de begeleidingskommissie.

b. uitbreiding van het systeem.

Door onze definities van groepspraktijk en gezondheidscentrum valt een aantal samenwerkingsvormen buiten de registratie. Een uitbreiding van het systeem kan in twee richtingen gaan: registratie van andere samenwerkingsvormen onder één daak, en uitbreiding naar de niet gemeenschappelijk gehuisveste samenwerkingsvormen.

- . Registratie van andere gemeenschappelijk gehuisveste samenwerkingsvormen. Hieronder vallen die werkverbanden die wij niet als gezondheidscentrum aanmerken omdat één of meer kern-disciplines ontbreken. Een aantal daarvan wordt al wel als groepspraktijk geregistreerd, als er tenminste 3 artsen in werkzaam zijn. Andere zijn wel door ons gesignaleerd, maar (voorlopig) terzijde gelegd als "overige samenwerkingsvormen"

(die verzameling is niet volledig).

Het bestand zou ook nog uitgebreid kunnen worden tot teams waarbij huisartsen geheel ontbreken. Dan bedoelen we samenwerking van o.m. tandartsen, juristen, fysiotherapeuten, psychologen, buurtwerkers, bijvoorbeeld in een dienstencentrum. We moeten ons hierbij wel realiseren, dat de registratieproblemen enorm toenemen bij bovenbeschreven uitbreidingen. Het zal steeds moeilijker zijn de gegevens betrouwbaar te houden en volledig te zijn.

Veel bronnen zullen moeten worden nagetrokken en de periodieke benadering van de samenwerkers zal veel energie vragen.

- Registratie van niet gemeenschappelijk gehuisveste samenwerkingsvormen.

Onder dit hoofd rangschikken we de home-teams. Al meerdere malen werd de wenselijkheid van registratie hiervan naar voren gebracht. Ook hier gelden bovengenoemde problemen, zij het in wat mindere mate. Om volledig te zijn zou periodiek bij alle 5200 huisartsen in het land geïnformeerd moeten worden naar hun werkrelaties met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Een andere benadering zou misschien gezocht kunnen worden via de landelijke, provinciale en plaatselijke kruisorganisaties, de organisaties voor maatschappelijke dienstverlening en de NHG-distrikten.

De wenselijkheid en haalbaarheid van deze activiteiten zou eerst terdege bestudeerd moeten worden in een vooronderzoek ("feasibility study"). Daarbij moet dan overwogen worden of permanente registratie gewenst/mogelijk is, of dat volstaan kan worden met een eenmalige inventarisatie van de (nader te omschrijven) verzameling.

C. onderzoeksactiviteiten

Zoals gezegd vormt ons databestand een basis voor onderzoek.

De populatiebeschrijvingen stellen onderzoekers in staat een beeld te krijgen van het veld en daaruit selecties te maken.

De registratie zal dan ook de ruggegraat van het projekt blijven. Daarnaast is het echter waarschijnlijk dat er binnen het projekt ook onderzoek gedaan zal worden, dat uitgaat van en aansluit bij geregistreerde onderwerpen.

Twee vragen staan hierbij centraal. De eerste betreft de verschillen tussen samenwerkende en individueel opererende hulpverleners (m.n. huisartsen). De tweede gaat over de verschillen tussen samenwerking onder één dak en samenwerking op hometeam-basis. Zo gesteld zijn deze vragen niet onderzoekbaar vanwege de algemene strekking ervan. Het gezondheidscentrum bestaat bijvoorbeeld niet. We zullen eerst moeten komen tot een typologie naar samenstelling, werkwijze en overleg, geografische en demografische kenmerken van de bevolking e.d. Dat levert dan weer een hele serie nader gespecificeerde vragen op. Beperken we ons even tot de maatschappelijk werkenden, aktueel gezien de belangstelling voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn, dan kunnen de geregistreerde verschillen in case-load een goede basis vormen voor onderzoek naar de (verschillen in) werkwijze van maatschappelijk werkenden in gezondheidscentra. In een latere fase kunnen dan maatschappelijk werkenden in home-teams onderwerp zijn van een vergelijkende studie.

Door zo ook andere hulpverleners te bekijken komen we geleidelijk aan misschien tot een vollediger beeld van de wezenlijke verschillen tussen de diverse vormen van samenwerking.

5. prioriteiten

De kern van het projekt is de registratie. De daaraan verbonden werkzaamheden hebben dan ook de hoogste prioriteit, evenals het verder verbeteren van dat systeem.

Daarnaast vinden we het belangrijk de verscheidenheid van informatie te vergroten door middel van ekstra items in de interviews. Zo kan een aanzet gegeven worden tot het in kaart brengen van de "witte vlekken" in de samenwerkingsverbanden.

Bij de keuze tussen uitbreiding van het systeem naar andere samenwerkingsvormen of verdieping van de informatie over de op dit moment

geregistreeerde verzameling gaat onze voorkeur uit naar het laatste. Dataverzameling is een goede voorwaarde voor onderzoek, maar geen doel op zichzelf. Gezien ook het feit, dat onderzoek rond samenwerking in de eerste lijn nog schaars is, lijkt het ons zinniger vooralsnog het aandachtsveld niet uit te breiden naar andere vormen van samenwerking, maar middels onderzoek te streven naar meer kennis van de thans geregistreeerde samenwerkingsverbanden.

6. structuur, organisatie en personele bezetting.

Het projekt is nog jong en klein. Voorlopig staan we nog onder voogdij van structuur beroepsgroep. Hoewel we voelen dat onze verwantschap niet zo groot is, zijn we daar wel tevreden mee. Er valt nog veel te leren. Maar met bovenstaand epistel in ons achterhoofd is het niet moeilijk te bedenken dat dat wel eens zal veranderen. Misschien gaat het in de richting van een zelfstandige organisatorische eenheid binnen de afdeling WO, misschien komt er een relatie met anderen die zich bezig houden met de samenwerking in de eerste lijn.

Ook is het duidelijk dat uitvoering van de plannen niet mogelijk is met de huidige personele bezetting. De verbeteringen in het bestaande systeem (genoemd onder punt IV a) kunnen plaats vinden met de huidige bezetting. Eventueel kan overwogen worden, of bij een verdere toename van het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra halfjaarlijkse peilingen plaats zouden kunnen maken voor jaarlijkse (althans wat betreft de vaste gegevens).

De uitvoering van de andere plannen zullen gepaard moeten gaan met een uitbreiding in de personele sfeer.

5 september 1979

