

de zorgcategorie anderszins waarbij altijd een intra- of een semimurale betrokken is.

DISKUSSIE

In het bovenstaande hebben wij kort laten zien dat enkele bekende risikogroepen ook in de zuidelijke GGZ oververtegenwoordigd zijn.

Bovendien blijkt het van groot belang aan te geven welk soort zorg per mogelijke risikogroep kennelijk nodig is, omdat zodoende het begrip risico meer inhoud gegeven kan worden.

Ten slotte kan de vraag gesteld worden of, indien zo consistent telkens dezelfde risikogroepen naar voren komen (bepaald als 'administratieve cases' of als 'true cases'), niet gekonkludeerd mag worden, dat de administratief bepaalde incidentie een goede verhoudingsmaat is voor de geestelijke gezondheid van (sub)populaties onder voorwaarde dat het hulpaanbod vanuit de GGZ t.b.v. de (sub)populaties dezelfde is (De Vries & Hamers 1984, De Vries e.a. 1986).

LITERATUUR

- Bavo-rapport**, Van probleem tot psychiatrie, 3e rapport visie commissie 1978
- Brook, F. G. & H. J. F. R. Hamers**, GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke gezondheid. *T. Psychiatrie* 27 (1985) 115-127
- De Vries, M. W. & H. J. F. R. Hamers**, Mental health care and morbidity. The use of the case register in refining epidemiological research. *T. Sociale Gezondheidszorg* 62 (1984) 504-506
- De Vries, M. W., H. J. F. R. Hamers & F. Sturmans**, The use of the case register in economizing epidemiological research. Te verschijnen in Giel and Ten Horn (eds), *Psychiatric Case Registers 1960-1985*. 1986
- Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn**, Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneesk.* 54 (1976) 148
- Giel, R.**, The truth about psychiatric morbidity. *Acta Psychiat. Scand. suppl.* 285, 62 (1980) 30-40
- Giel, R. & G. H. M. M. ten Horn**, De verhouding tussen hulp-vraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ; *T. Psychiatrie* 23 (1981) 504-521
- Goldberg, D. & P. Huxley**, *Mental illness in the community*. Londen 1981
- Hamers, H. J. F. R. & J. G. Brook**, De GGZ in het noorden en zuiden des lands in 1981. Te verschijnen in *T. Psychiatrie* 1985
- Henderson, S., D. G. Byrne & P. Duncan-Jones**, *Neurosis and the social environment*. 1981
- Offerhaus, R.**, Nadere analyses van de St. Bavo bevolkingsenquête. 1984

CORRESPONDENTIEADRES

H. J. Hamers, RU Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-616100/229

Sessie 4: Funktioneren van zorg (10.50-11.15)

HET DIENSTENAANBOD VAN HUISARTSEN IN VERSCHILLENDE PRAKTIJKVORMEN

R. T. J. Hamers, W. G. W. Boerma, P. P. Groenewegen
NIVEL Utrecht

In het kader van het project 'Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden' is een aantal jaren aandacht besteed aan verschillende aspecten van het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Zo verschenen achtereenvolgens een aantal monografieën over: stervens- en rouwbegeleiding, verloskunde, jeugdgezondheidszorg en preventie. Een steeds weerkerende vraag betrof de wens bestaande onderzoeksresultaten voor gezondheidscentra en groepspraktijken te vergelijken met die uit andere praktijkvormen. Het achterliggende idee daarbij was dat huisartsen in 'home-team-achtige' samenwerkingsverbanden resultaten te zien zouden geven die in zekere mate te vergelijken zijn met die van huisartsen in gezondheidscentra.

Om aan deze vraag tegemoet te komen is met de belangrijkste vragen uit voornoemde onderzoekingen een enquête samengesteld, die bij een representatieve steekproef huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken is afgenomen. De algemene vraagstelling voor het onderzoek luidt: 'Wat doen huisartsen in verschillende samenwerkingsverbanden aan verloskundige zorg, jeugdgezondheidszorg, preventie en stervens- en rouwbegeleiding en waarmee hangen eventueel gevonden verschillen in het dienstenaanbod samen?'

De respons bedraagt 74% (N=500). Van deze groep is tweederde werkzaam in een solopraktijk; éénderde in een duopraktijk. Bijna éénderde van alle huisartsen geeft te kennen deel uit te maken van een home-team. Dit geldt in iets sterkere mate voor de huisartsen die deel uit maken van

een duopraktijk. Wat zijn nu de belangrijkste resultaten van het onderzoek? Gezien de beschikbare ruimte beperken we ons tot de verloskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg. In gezondheidscentra zien we het laagste percentage verloskundig actieve huisartsen (36%); in solopraktijken het hoogste (46%). Solisten en duo's, die deel uitmaken van een home-team, zijn vaker verloskundig actief dan hun niet multidisciplinair samenwerkende collegae. Waar géén verloskundigen werkzaam zijn leiden huisartsen vrijwel algemeen bevallingen. Waar dat wel het geval is moet de huisarts het meer van zijn particulier-verzekerde patiënten hebben. Daarnaast vonden we grote verschillen in verloskundige activiteit van huisartsen op het (verstedelijkt) platteland (69%) en in de grote bevolkingscentra (25%). Huisartsen in gezondheidscentra vinden ook de verschillende aspecten van pre- en postnatale zorg minder een taak dan de overige collegae. Bij een vergelijking van opvattingen over genoemde taken en datgene wat huisartsen daarvan realiseren blijkt de taakopvatting doorgaans meer omvattend dan de praktijk. De huisarts blijkt te zeer afhankelijk van de positie die hem in de plaatselijke verloskundige markt wordt toegekend. De belangrijkste indicator voor het verklaren van de variatie in verloskundige activiteit blijkt derhalve de aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied en in iets mindere mate het aantal particulier verzekerde patiënten.

De jeugdgezondheidszorg, i.c. het al dan niet leiden van een consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters, geeft aanzienlijke verschillen te zien tussen de praktijkvormen.

GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK DAG 17 DECEMBER 1985 TE ROTTERDAM

Multidisciplinair samenwerkende huisartsen zijn beduidend vaker aan een consultatiebureau verbonden dan collegae in groepspraktijken en solo- en duopraktijken, die niet zo samenwerken. Soortgelijke verschillen treft men aan bij de taakopvatting betreffende het consultatiebureau-werk. Op het (verstedelijkt) platteland doen huisartsen vaker consultatiebureau-werk dan in de meer verstedelijkte gebieden. In de grote steden, waar huisartsen in de regel geen consultatiebureau-werk doen, zien we echter dat juist in gezondheidscentra deze taken wél worden uitgeoefend. De meeste consultatiebureaus zijn er alleen voor kinderen uit de eigen praktijk, dan wel voor die uit de eigen praktijk en één of meer andere praktijken van collegae met wie wordt samengewerkt. Voor gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in sterkere mate dan voor de solo- en duopraktijken. Met de wijkverpleegkundige van het consultatiebureau bestaat in de meeste gevallen ook buiten het bureau een samenwerkingsrelatie. Zowel in gezondheidscentra als in de solo- en duopraktijken, die deel uitmaken van een home-team, is dat in de meeste gevallen de wijkverpleegkundige uit het team. Vooral gezondheidscentra en in iets mindere mate de home-teams lijken in een gunstige positie te verkeren voor het doen van consultatiebureau-werk. De betrokken disciplines zijn al 'in huis' en in gezondheidscentra is er het bijkomende voordeel van een doorgaans geschikte accommodatie. In tegenstelling tot wat we bij de verloskundige zorg zagen, zijn het hier niet slechts (moeilijk te beïnvloeden) structurele variabelen die de variatie in het doen van consultatiebureau-werk verklaren. Het al dan niet multidisciplinair samenwerken en de taakopvatting blijken belangrijke indicatoren te zijn. Tot slot vermelden we een paar conclusies uit het onderzoek:

– Het feit dat multidisciplinaire samenwerking, los van de verdere samenstelling of huisvesting van het team, een verklaring zou kunnen vormen voor verschillen in het dienstenaanbod, is alleen uitgekomen bij de jeugdgezondheidszorg.

– Bij de andere onderwerpen vinden we geen consistent beeld in de antwoordverschillen. Een reden hiervoor vormt wellicht het feit dat het wel of niet multidisciplinair samenwerken bij de verschillende onderwerpen niet steeds van evenveel invloed is. Zo blijkt bijvoorbeeld bij de verloskundige zorg, de aanwezigheid van verloskundigen de allesbepalende factor te zijn; samenwerking doet er dan niet zoveel meer toe.

– In hoeverre samenwerking bijdraagt aan meer preventieve zorg (met name waar het gaat om opsporing van hypertensie en adviezen over veranderen van riscante leefgewoonten) is ook niet zondermeer duidelijk. Uit de gegevens blijkt in elk geval niet dat multidisciplinaire samenwerking hier positief mee samenhangt; huisartsen in gezondheidscentra onderscheiden zich van hun collegae door een wat geringere animo voor het systematisch opsporen en preventief adviseren.

– Op sommige plaatsen geven solistisch werkende huisartsen in home-teams resultaten te zien die tegengesteld zijn aan die van duo's die deeluitmaken van zo'n team. Het zou dus zo kunnen zijn dat de samenstelling van het team en met name het aantal huisartsen daarin, systematisch van invloed is op het functioneren. In dat verband zou ook bij gezondheidscentra dit aspect nader bestudeerd dienen te worden.

CORRESPONDENTIEADRES

R. T. J. Hamers, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Sessie 4: Functioneren van zorg (12.10-12.35)

INTERCOLLEGIALE TOETSING

G. C. J. M. Hamilton-van Hest
RU Limburg, capaciteitsgroep Gezondheidsrecht

De capaciteitsgroep Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Limburg is in het kader van het Hoofdproject Beleid en Beheer van Gezondheidszorgvoorzieningen in 1984 een onderzoek gestart naar de wijze waarop extra- en intramurale instellingen voor gezondheidszorg vorm geven aan direct of indirect op rechten van patiënten gerichte erkenningseisen waaronder de intercollegiale toetsing.

De eerste fase van het onderzoek was inventariserend van aard en vond plaats door middel van een schriftelijke enquête onder algemene en academische ziekenhuizen.

Voor wat de intercollegiale toetsing betreft is gevraagd naar:

- de wijze waarop ziekenhuizen uitvoering geven aan intercollegiale toetsing;
- de knelpunten die zich daarbij voordoen;
- suggesties terzake van de ziekenhuizen.

Hierna is aan de hand van de literatuur onder meer nagegaan of de problemen die zich met betrekking tot de intercollegiale toetsing in algemene en academische ziekenhuizen aandienen vergelijkbaar zijn met die in andere hulpverleningssituaties, in casu de huisartsenpraktijk.

KORTE TYPERING VAN INTERCOLLEGIALE TOETSING

Van het totale pakket van kwaliteitsbevorderende maatregelen dat de medische professie ter beschikking staat, is de intercollegiale toetsing de meest recente. Beogen de 'klassieke' maatregelen tot bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen – opleiding, nascholing en onderling overleg, – een algemeen verhogen en op peil houden van de kwaliteit van de zorg, de toetsing daarentegen schijnt het middel bij uitstek om tekortkomingen (ook in het gedrag van de arts) tegen te gaan en om gerichte verbeteringen in de zorg door te voeren. Het evalueren van geleverde zorg en het voorstellen en doorvoeren van gerichte zinvolle verbeteringen behoren beide tot de elementen van de intercollegiale toetsing (KNMG 1980).

Onder medische intercollegiale toetsing kan worden verstaan: 'het door beroepsgenoten vergelijken van de verleende medische zorg met van te voren in onderling overleg vastgestelde maatstaven'.