

Praktijkvorm en het handelen van de huisarts

A. de Veer, D. de Bakker *

Er wordt verondersteld dat het handelen van de huisarts mede bepaald wordt door de praktijksetting waarbinnen de huisarts werkt. Met behulp van de gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk werd nagegaan of praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts zoals blijkt uit verrichtingencijfers. Een samenhang tussen praktijkvorm en handelen werd verwacht omdat de huisartsen in duoen groepspraktijken meer deelnamen aan onderlinge toetsing en elkaar vaker raadpleegden over patiënten dan huisartsen in solopraktijken. Huisartsen in gezondheidscentra onderscheidden zich daarnaast van andere huisartsen door hun bredere taakopvatting en door meer

multidisciplinair patiëntenoverleg. Ondanks deze verschillen werden er geen relaties gevonden tussen het aantal huisartsen in de praktijk en de hoeveelheid externe diagnostiek, de prescriptie, de behandelingen, en het verwijscijfer naar een medisch specialisme. Monodisciplinair samenwerkende huisartsen verrichtten meer diagnostische handelingen in de eigen praktijk en verwezen vaker naar de fysiotherapeut dan solisten. Of een huisarts al dan niet in een gezondheidscentrum werkt, bleek alleen samen te hangen met de wijze van behandelen: in tegenstelling tot de verwachting registreerden gezondheidscentrum-artsen minder vaak gesprekken met de patiënten en verrichtten zij minder medisch-technische handelingen.

Trefwoorden: samenwerking eerste lijn, huisartsen, multidisciplinaire samenwerking, monodisciplinaire samenwerking

Als gevolg van de stelselwijziging gaan huisartsen contracten afsluiten met ziektekostenverzekeraars. Eén van de vragen die daarbij gesteld kan worden is of de praktijkvorm een rol speelt bij het handelen van de huisarts. Ofwel: handelen huisartsen anders als zij met collega-huisartsen samen een duo- of groepspraktijk vormen en hoe handelen zij als ze met andere eerstelijnsdisciplines onder één dak zitten, zoals in gezondheidscentra. Voor zorgverzekeraars zijn op basis van declaraties verkrijgbare productiecijfers, zoals het aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten, interessant. Doorgaans ontbreken bij de beschikbare administratieve gegevens cijfers over de verrichtingen die de huisarts in de eigen praktijk uitvoert en over het aantal contacten met de patiënten. Er wordt geen koppeling gemaakt met de gepresenteerde morbiditeit. In dit artikel worden met behulp van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk¹ verschillen in handelen van huisartsen onderscheiden naar praktijkvorm geanalyseerd. De Nationale Studie maakt het mogelijk om:

- Ook verrichtingen die niet administratief worden vermeld in het onderzoek te betrekken, zoals interne diagnostiek en behandeling;
 - Verrichtingen te relateren aan aantallen contacten met de huisartspraktijk en de gepresenteerde morbiditeit.
- Er kan een aantal redenen genoemd worden waarom praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts. Zonder de pretentie te hebben volledig te zijn, noemen we hier enkele redenen:
- Huisartsen in verschillende praktijkvormen hebben een andere taakopvatting²⁻⁴ waardoor zij anders handelen.^{5,6} Gezondheidscentrum-artsen hebben een bredere taakopvatting dan solo-artsen, terwijl huisartsen in duo- en

groepspraktijken een tussenpositie innemen.³ Een gezondheidscentrum biedt meer mogelijkheden tot het realiseren van een bredere taakopvatting dan een solopraktijk⁷ en, door de directe aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines, wellicht ook betere mogelijkheden dan een duo- of groepspraktijk.

- Huisartsen die met collega-huisartsen in één praktijk werken hebben meer mogelijkheden voor onderlinge toetsing en bij- en nascholing. Uit gegevens die in 1984 verzameld zijn blijkt dat gezondheidscentrum-artsen en huisartsen in groepspraktijken meer meededen aan na- en bijscholingsactiviteiten en onderlinge toetsing dan huisartsen in solopraktijken.⁸ Deelname aan onderlinge toetsing blijkt invloed te hebben op het handelen van de huisarts. In een onderzoek is gevonden dat deelname aan onderlinge toetsing invloed had op het handelen van de huisarts in die zin dat deelnemers meer aandacht hadden voor inbreng van de patiënt, meer informatie gaven en minder voorschreven.⁹ In een ander onderzoek vond men echter geen bevestiging voor de hypothese dat de relatie tussen praktijkvorm en het handelen van de huisarts gemedieerd wordt door de mate van intercollegiaal overleg.¹⁰

- Huisartsen die makkelijk een collega-huisarts kunnen raadplegen als zij zich onzeker voelen over een bepaalde patiënt, zullen minder snel verwijzen naar een specialist of externe diagnostiek aanvragen. De mate van onzekerheid die de huisarts bij het maken van keuzes ervaart en de wens om deze onzekerheid te reduceren, beïnvloedt het handelen.^{11,12} De huisarts kan onzekerheid verminderen door te verwijzen naar de tweede lijn of door extra diagnostiek te verrichten. Ook kan de huisarts onzekerheid verminderen door de mening van een collega te vragen. Huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra bleken vaker informeel te overleggen dan huisartsen in solo- en duopraktijken.⁸ Solisten besteedden veel minder tijd aan patiëntenoverleg dan niet-solisten. Vanuit

* A. de Veer, D. de Bakker, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

Schalen	n Items	Aantal punten	Cronbach's α	Interpretatie hoge score
Taakopvatting huisarts t.o.v.				
Specialist bij diagnostiek	25	4	0,86	Brede taakopvatting
Specialist bij behandeling	25	4	0,67	Brede taakopvatting
Onafhankelijkheid huisarts t.o.v. specialist	6	5	0,70	Onafhankelijk
Voorschrijfgeneigdheid	8	5	0,65	Voorschrijfgeneigd
Arts-patiënt relatie	7	5	0,65	Democratisch
Bereidheid risico's te nemen	5	5	0,75	Veel risico

Tabel 1
Gebruikte schalen

de benadering van onzekerheidsreductie zou men dan verwachten dat solisten meer naar de tweede lijn verwijzen en meer diagnostiek verrichten. Er is echter ook onderzoek dat wijst op een tegengesteld mechanisme: hoe onzekerder de huisarts des te behoudender is de huisarts in het verwijzen naar een tweedelijnspecialisme.¹³

■ Huisartsen die met andere eerstelijnsdisciplines onder één dak zitten zijn beter op de hoogte van de mogelijkheden van de andere disciplines en zullen eerder daarvan gebruik maken. Volgens de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra streven gezondheidscentra ernaar om de patiënt zo lang mogelijk hulp te geven in de thuissituatie en een geïntegreerde manier van hulpverlening te bieden.¹⁴ Het streven naar integrale zorg uit zich onder meer in de ontwikkeling van zorgmodellen waarin beschreven wordt hoe de zorg, bij bijvoorbeeld lage rugklachten¹⁵, multidisciplinair aangepakt kan worden.

Het is dus aannemelijk dat praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts. Op basis van bovengenoemde mechanismen is te verwachten dat huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra minder externe diagnostiek aanvragen, minder naar de tweede lijn verwijzen, minder medicijnen voorschrijven en meer praten met de patiënt. Huisartsen in gezondheidscentra zouden meer naar andere eerstelijnsdisciplines verwijzen. Het is evenwel niet altijd duidelijk wat de bijdrage is van de aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines, zoals in gezondheidscentra het geval is, en van de aanwezigheid van collega-huisartsen, zoals in duo- en groepspraktijken. In de meeste gezondheidscentra in Nederland werken twee (24%) of meer dan twee (72%) huisartsen.¹⁶

Verrichtingencijfers worden ook bepaald door andere factoren dan praktijkvorm, zoals de vestigingsplaats van de praktijk^{7,17}, de patiëntpopulatie^{7,17,18}, en de leeftijd en het geslacht van de huisarts.^{6,19} Bij een onderzoek naar de verrichtingen van huisartsen werkzaam in verschillende praktijkvormen moet hiermee rekening gehouden worden.

Onderzoeken waarin het handelen van de huisarts gerelateerd wordt aan praktijkvorm hebben tot nu toe vooral betrekking op verwijscijfers, waarbij de verwijscijfers gerelateerd werden aan praktijk-, patiënt- en huisartskenmerken.^{7,17,20} In dit onderzoek kijken we niet alleen naar verwijscijfers maar ook naar het diagnostisch onderzoek, de behandeling, en het voorschrijven van medicijnen. Deze cijfers worden gerelateerd aan de gezondheidstoestand van de populatie, voor zover blijkt uit het aantal contacten dat de patiënten hebben met de huisarts. Het effect van multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra wordt wellicht duidelijker als gekeken wordt naar de verrichtingen bij chronisch zieke patiënten, bij wie multidisciplinaire samenwerking een belangrijke rol kan spelen.

De vraag die in dit artikel centraal staat luidt derhalve: zijn er verschillen in het handelen van huisartsen in verschillende praktijkvormen zoals dat blijkt uit productiecijfers over de gehele praktijkpopulatie en over de contacten met chronisch zieken en, zo ja, worden deze verschillen verklaard door kenmerken van de vestigingsplaats van de praktijk, de samenstelling van de praktijkpopulatie, de leeftijd en het geslacht van de huisarts?

De vraag die hier echter aan voorafgaat betreft de aanwezigheid van de mechanismen die de relatie tussen praktijkvorm en het handelen van de huisarts mediëren. Met andere woorden, verschillen huisartsen werkzaam in verschillende praktijkvormen in taakopvatting, de hoeveelheid onderlinge toetsing, na- en bijscholing, de mate waarin zij collega-huisartsen raadplegen, en de mate waarin zij samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines?

METHODE

Onderzoeksmateriaal en operationalisaties

Er is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens die door het NIVEL zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹ Er deden 161 huisartsen aan dit onderzoek mee.

Alle huisartsen vulden een vragenlijst in waarin informatie verzameld werd over de mechanismen die een rol kunnen spelen in de samenhang tussen praktijkvorm en handelen. De taakopvatting van de huisarts werd gemeten met vijf schalen.²¹ De schalen meten de taakopvatting over de rol van huisarts en specialist bij diagnostiek en behandeling, de onafhankelijkheid van de huisarts ten opzichte van de specialist, het voorschrijven van medicijnen, en de arts-patiënt relatie (zie tabel 1).

Het tweede mechanisme is dat huisartsen in verschillende mate deelnemen aan onderlinge toetsing en na- en bijscholingscursussen. Dit is gemeten door rechtstreeks te vragen naar de tijd die hierin geïnvesteerd wordt.

Indicatoren voor het derde mechanisme, het verschil in mogelijkheden om ervaren onzekerheid te reduceren door met collega-artsen te praten, zijn de hoeveelheid monodisciplinair patiëntenoverleg (zowel structureel als ad hoc) en de mate waarin de huisarts zelf klachten wil afdelen en daarbij risico's wil nemen (zie tabel 1).

Tenslotte is de hoeveelheid patiëntenoverleg met andere eerstelijnsdisciplines gekozen als maat voor de kennis van de huisarts over het werk van andere eerstelijnsdisciplines.

Naast het invullen van een vragenlijst registreerden de huisartsen gedurende een periode van drie maanden alle contacten met hun patiënten. Het registratieformulier bevatte onder andere de volgende punten: patiëntgegevens

(zoals leeftijd, geslacht), contactgegevens (zoals duur van het contact), klachten en diagnose, de behandeling (zoals gesprek met de patiënt, voorlichting geven, medisch-technische handelingen), de prescriptie, de verwijzingen en het overleg met anderen naar aanleiding van het contact. Voor elk gezondheidsprobleem waarmee de patiënt bij de huisarts kwam werd een registratieformulier ingevuld. De betrouwbaarheid van een registratie hangt af van de mogelijkheid die de huisarts heeft tot interpretatie van de werkelijkheid. Interpretatieproblemen kunnen bijvoorbeeld optreden bij het voeren van een gesprek en het geven van voorlichting over de klacht of aandoening.

Omdat één huisarts slechts zes weken geregistreerd heeft, is deze huisarts uit de analyses gelaten en heeft dit artikel betrekking op de gegevens van 160 huisartsen. Van deze huisartsen hadden 53 een solo praktijk, 67 huisartsen werkten in een duopraktijk en 40 huisartsen werkten in een groepspraktijk. Achttien huisartsen werkten in een gezondheidscentrum, ofwel samen met één collega-huisarts (n=8), ofwel samen met meerdere collega-huisartsen (n=10). De geslachtsverdeling van de huisartsen binnen elke praktijkvorm wijkt nauwelijks af van de geslachtsverdeling binnen de populatie van huisartsen werkzaam in de betreffende praktijkvorm. Wat betreft de leeftijd van de huisartsen is er in de steekproef een geringe ondervertegenwoordiging van jongere (<35 jaar) en oudere (>54 jaar) huisartsen.

Analyses

De in dit onderzoek gebruikte concepten en gemeten variabelen staan in het schema. Er werden drie soorten monodisciplinaire samenwerking onderscheiden: *a* solo praktijk, *b* praktijkvoering met één andere huisarts of duopraktijk, en *c* praktijkvoering met meerdere collega-huisartsen ofwel groepspraktijk. Wat betreft de multidisciplinaire samenwerking werden de huisartsen in twee groepen verdeeld: huisartsen in gezondheidscentra en de andere huisartsen. Verschillen tussen de groepen huisartsen werden getoetst met variantie-analyses. Om lege cellen te vermijden (er werken geen solisten in de gezondheidscentra uit de steekproef) werden de analyses in twee stappen gedaan. In de eerste stap werd nagegaan welke rol monodisciplinaire samenwerking speelt, ofwel zijn er verschillen tussen huisartsen in een solo-, duo- en groepspraktijk. In de tweede stap werd nagegaan of huisartsen in gezondheidscentra verschillen van huisartsen die niet in gezondheidscentra praktiseren. Deze laatste groep wordt gevormd door huisartsen uit een duo- of groepspraktijk.

Eerst werd gekeken naar de aanwezigheid van de mechanismen die mogelijk een rol kunnen spelen bij een relatie tussen praktijkvorm en verrichtingen. Als deze mechanismen niet aanwezig zijn, dan is er geen (of in ieder geval minder) aanleiding te veronderstellen dat er een relatie is tussen praktijkvorm en verrichtingencijfers.

Vervolgens werd de samenhang tussen praktijkvorm en verrichtingencijfers onderzocht. De verrichtingen van elke huisarts zijn gerelateerd aan het totaal aantal gezondheidsproblemen waarmee de huisarts gedurende drie maanden geconfronteerd werd (bij de chronische aandoeningen zijn de verrichtingen gerelateerd aan het totaal aantal gepresenteerde problemen rondom chronische aandoeningen

Concepten		Gemeten variabelen
Praktijkvorm	Monodisciplinaire samenwerking	Solo-/duo-/groepspraktijk
	Multidisciplinaire samenwerking	Wel/geen gezondheidscentrum
Mechanismen	Taakopvatting huisarts	Diagnostiek door huisarts/specialist
		Behandeling door huisarts/specialist
	Scholing	Onafhankelijkheid huisarts
		Voorschrijfgeneigdheid Arts-patiënt relatie
Verrichtingen	Onzekerheidsreductie	Onderlinge toetsing Na- en bijscholing
	Kennis van mogelijkheden eerste lijn	Bereidheid risico's te nemen
		Monodisciplinair patiëntenoverleg
	Diagnostiek	Multidisciplinair patiëntenoverleg
Behandeling		Interne diagnostiek
	Externe diagnostiek	
	Behandeling algemeen	
	Gesprek met patiënt	
Voorschrijven	Verwijzen en overleggen	Voorlichting
		Leefregels
	Medisch-technisch handelen	Medicijnen op recept
		Medicijnen zonder recept
Controle-variabelen	Praktijkkenmerken	Verwijzen medisch specialisme
		Verwijzen fysiotherapeut
	Kenmerken patiëntpopulatie	Verwijzen eerste lijn (excl. fysiotherapeut)
		Overleg met andere hulpverlener
Huisartskenmerken	Huisartskenmerken	Regio
		Afstand tot ziekenhuis
		Urbanisatiegraad
		Praktijkomvang
		Percentage 75-plussers
		Percentage ziekenfonds-verzekerden
		Leeftijd
		Geslacht

Schema Overzicht van de concepten en gemeten variabelen

ningen waarmee de huisarts gedurende drie maanden geconfronteerd werd (zie noot)). Het uiteindelijke getal is een promillage: het aantal verrichtingen per 1000 problemen.

Aangezien huisartsen op andere kenmerken (dan praktijkvorm) kunnen verschillen zijn alle analyses ongecontroleerd én gecontroleerd uitgevoerd. Bij de gecontroleerde analyses werd rekening gehouden met mogelijke verschillen in praktijkkenmerken (regio waarin de praktijk zich bevindt, de afstand van de praktijk tot een ziekenhuis, de urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk zich bevindt), kenmerken van de patiëntpopulatie (prak-

	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Taakopvatting (gem. score)								
Diagnostiek taak HA	2,85	2,79	2,95	0,25	2,85	2,80	2,97	0,27
Behandeling taak HA	2,03	2,07	1,97	0,31	2,00	2,07	1,96	0,21
Onafhankelijkheid HA	3,27	3,33	3,32	0,87	3,22	3,35	3,37	0,54
Voorschrijfgeneigdheid	2,69	2,55	2,39	0,02	2,64	2,60	2,41	0,16
Arts-patiënt relatie	3,23	3,23	3,45	0,10	3,27	3,23	3,44	0,26
Scholing								
Onderlinge toetsing*	0,27	0,41	0,68	0,01	0,27	0,42	0,62	0,07
Nascholing*	1,11	1,07	0,90	0,57	0,94	1,07	0,86	0,49
Onzekerheidsreductie								
Nemen van risico's	2,99	3,28	3,17	0,08	3,14	3,23	3,06	0,48
Monodisciplinair patiëntenoverleg*	0,45	1,06	1,32	<0,01	0,47	1,04	1,32	<0,01
Mogelijkheden 1 ^e lijn								
Multidisciplinair patiëntenoverleg*	0,16	0,35	0,33	0,21	0,26	0,32	0,24	0,78

* Uitgedrukt in uren per week

Tabel 2 Taakopvatting en overleg van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken (wel en niet gecontroleerd)

tijdkomvang, percentage 75-plussers, percentage ziekenfondsverzekerden) en leeftijd en geslacht van de huisarts.

De groepen huisartsen werden in het totaal op dertien verschillende verrichtingen vergeleken, waardoor 104 variantie-analyses uitgevoerd werden (mono- en multidisciplinaire samenwerking (2) x alle contacten en contacten voor chronische aandoeningen (2) x ongecontroleerd en gecontroleerd (2)). Hierdoor ontstaat kanskapitalisatie en wordt de kans aanzienlijk groter dat er ten onrechte geconcludeerd wordt dat er verschillen zijn. Bij de interpretatie van de resultaten werd hier rekening mee gehouden door te letten op (in)consistenties in resultaten.

RESULTATEN

Praktijkvorm en de veronderstelde mechanismen

Er is geen relatie tussen het aantal huisartsen in de praktijk en de taakopvatting van de huisarts (tabel 2). Huisartsen in groepspraktijken zijn wel minder geneigd om geneesmiddelen voor te schrijven, maar dit verschil is niet meer statistisch significant als er gecontroleerd wordt op andere verschillen tussen huisartsen. Of een huisarts al dan niet in een gezondheidscentrum werkt hangt daarentegen wel samen met de taakopvatting van de huisarts (tabel 3). Gezondheidscentrum-artsen zien vaker de behandeling

Tabel 3 Taakopvatting en overleg van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen (wel en niet gecontroleerd)

	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Taakopvatting (gem. score)						
Diagnostiek taak HA	2,95	2,83	0,32	2,86	2,85	0,96
Behandeling taak HA	2,17	2,00	0,04	2,23	2,00	0,03
Onafhankelijkheid HA	3,64	3,27	0,02	3,70	3,26	0,05
Voorschrijfgeneigdheid	2,31	2,52	0,14	2,70	2,49	0,25
Arts-patiënt relatie	3,59	3,26	0,03	3,68	3,24	0,04
Scholing						
Onderlinge toetsing*	0,80	0,45	0,07	0,69	0,48	0,42
Nascholing*	0,90	1,07	0,12	0,94	1,03	0,77
Onzekerheidsreductie						
Nemen van risico's	3,40	3,21	0,33	3,78	3,14	0,01
Monodisciplinair patiëntenoverleg*	1,79	1,04	0,02	1,56	1,08	0,25
Mogelijkheden 1 ^e lijn						
Multidisciplinair patiëntenoverleg*	1,01	0,22	<0,01	1,18	0,19	<0,01

* Uitgedrukt in uren per week

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen							
	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)								
Interne diagnostiek	673	704	688	0,20	671	711	681	0,05
Externe diagnostiek	63	70	68	0,22	65	68	70	0,67
Behandeling								
Behandeling algemeen	681	704	705	0,80	681	696	719	0,77
Gesprek met patiënt	327	323	278	0,45	292	329	314	0,69
Voorlichting	401	437	434	0,68	410	425	443	0,86
Leefregels	31	32	33	0,86	33	32	31	0,94
Medisch-technisch handelen	72	72	66	0,53	69	73	67	0,51
Voorschrijven medicijnen								
Medicijnen op recept	455	433	435	0,30	458	434	429	0,20
Medicijnen zonder recept	23	30	27	0,22	24	29	27	0,63
Verwijzen en overleggen								
Verwijzen medisch-specialisme	56	54	52	0,57	54	55	53	0,85
Verwijzen fysiotherapeut	22	27	26	0,02	22	27	26	0,04
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	7	9	9	0,07	8	9	8	0,74
Overleg met andere hulpverlener	16	21	19	0,19	17	18	20	0,65

Tabel 4 Werkwijze van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

als taak van de huisarts, willen zich onafhankelijker van de specialist opstellen, en hebben een meer democratische houding tegenover de patiënt.

Intercollegiale toetsing vindt vaker plaats als er meerdere huisartsen in één praktijk werken, maar de relatie tussen praktijkvorm en intercollegiale toetsing verdwijnt vrijwel als er gecontroleerd wordt voor verschillen in andere kenmerken. Er is geen relatie tussen praktijkvorm en de hoeveelheid tijd die de huisartsen besteden aan na- en bijscholing.

Uit tabel 2 en 3 blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra meer bereid zijn risico's te nemen dan huisartsen die niet in gezondheidscentra werken. Het aantal huisartsen binnen de praktijk is hierbij niet van belang. Het aantal huisartsen is wel van belang als het gaat om de hoeveelheid tijd waarin men met andere huisartsen overlegt over patiënten. Solisten besteden veel minder tijd aan monodisciplinair patiëntenoverleg dan huisartsen in groepspraktijken. Huisartsen in duopraktijken nemen een tussenpositie in.

Tenslotte is multidisciplinair patiëntenoverleg kenmerkend voor gezondheidscentrum-artsen (tabel 3).

Kortom, er is een relatie tussen praktijkvorm enerzijds en de taakopvatting en de overlegfrequentie van huisartsen anderzijds. Als het om opvattingen gaat (waaronder wij ook de bereidheid tot het nemen van risico's kunnen rekenen) dan zijn er verschillen tussen gezondheidscentrum-artsen en andere artsen. Ook wat betreft het overleg met andere eerstelijnsdisciplines onderscheiden gezondheidscentrum-artsen zich van andere artsen. De mate waarin huisartsen deelnemen aan onderlinge toetsing en elkaars patiënten bespreken hangt samen met het aantal huisartsen in de praktijk. Of er nog andere eerstelijnsdisciplines in de praktijk werken speelt hierbij geen rol.

Monodisciplinair samenwerken en verrichtingencijfers

Het blijkt dat er nauwelijks statistisch significante verschillen bestaan tussen huisartsen in solo-, duo-, en groepspraktijken (tabel 4). Het enige verschil betreft de verwijscijfers naar fysiotherapie. Huisartsen in duo- en groepspraktijken verwijzen vaker naar een fysiotherapeut. Bij de ongecontroleerde cijfers lijken zij ook iets vaker te verwijzen naar andere eerstelijnsdisciplines, maar na controle verdwijnen deze verschillen.

Een vergelijking van de verrichtingen bij chronische aandoeningen (tabel 5) levert in grote lijnen hetzelfde beeld op: er zijn meestal geen verschillen tussen de groepen huisartsen. Ook binnen de contacten met chronische aandoeningen verwijzen solisten minder naar een fysiotherapeut dan niet solisten, alhoewel de verschillen na controle slechts op 10% niveau significant te noemen zijn. Als er niet gecontroleerd wordt verrichten de huisartsen in groepspraktijken minder medisch-technische handelingen (bijvoorbeeld tapen, zwachtelen, injecteren) maar deze verschillen verdwijnen na controle.

Solisten verwijzen dus minder naar een fysiotherapeut dan niet-solisten. Wat betreft de andere verrichtingen zijn er geen verschillen tussen solisten, huisartsen in een duopraktijk, en huisartsen in een groepspraktijk.

Multidisciplinair samenwerken en verrichtingencijfers

Als er niet gecontroleerd wordt dan blijkt dat er in gezondheidscentra meer externe diagnostiek wordt aangevraagd, er minder medisch-technische handelingen worden uitgevoerd, en er meer verwezen wordt naar andere eerstelijnsdisciplines (tabel 6). Na controle op verschillen in praktijk-, patiënt-, en artsenkenmerken verdwijnen de verschillen in externe diagnostiek en het verwijzen naar andere eerstelijnsdisciplines. Statistisch significante verschillen wor-

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen							
	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)								
Interne diagnostiek	703	744	727	0,11	702	750	719	0,05
Externe diagnostiek	63	68	67	0,64	66	65	67	0,93
Behandeling								
Behandeling algemeen	677	699	680	0,85	677	693	691	0,94
Gesprek met patiënt	296	287	218	0,18	258	294	256	0,62
Voorlichting	411	455	446	0,62	421	445	451	0,87
Leefregels	43	40	36	0,63	47	40	31	0,16
Medisch-technisch handelen	92	85	69	0,02	90	85	73	0,13
Voorschrijven medicijnen								
Medicijnen op recept	434	420	426	0,69	436	422	420	0,66
Medicijnen zonder recept	17	21	20	0,38	17	21	20	0,60
Verwijzen en overleggen								
Verwijzen medisch-specialisme	77	76	78	0,95	79	76	75	0,80
Verwijzen fysiotherapeut	26	32	34	0,03	26	32	35	0,05
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	8	10	9	0,23	9	10	9	0,67
Overleg met andere hulpverlener	21	26	25	0,41	24	23	25	0,88

Tabel 5 Werkwijze van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken bij chronische aandoeningen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

Tabel 6 Werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen					
	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)						
Interne diagnostiek	666	705	0,09	661	705	0,14
Externe diagnostiek	81	67	0,04	78	68	0,21
Behandeling						
Behandeling algemeen	752	695	0,29	696	706	0,89
Gesprek met patiënt	271	314	0,40	163	335	0,01
Voorlichting	490	425	0,29	447	434	0,87
Leefregels	34	32	0,82	34	32	0,80
Medisch-technisch handelen	52	73	<0,01	43	75	<0,01
Voorschrijven medicijnen						
Medicijnen op recept	446	431	0,48	444	431	0,63
Medicijnen zonder recept	27	29	0,75	33	28	0,61
Verwijzen en overleggen						
Verwijzen medisch specialisme	56	53	0,38	56	53	0,53
Verwijzen fysiotherapeut	31	26	0,05	28	26	0,62
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	12	9	<0,01	11	9	0,30
Overleg met andere hulpverlener	24	19	0,23	20	20	0,94

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen					
	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)						
Interne diagnostiek	724	740	0,55	712	743	0,38
Externe diagnostiek	77	65	0,10	75	66	0,32
Behandeling						
Behandeling algemeen	738	683	0,35	662	698	0,63
Gesprek met patiënt	213	271	0,29	90	295	<0,01
Voorlichting	516	439	0,23	462	450	0,88
Leefregels	45	38	0,33	44	38	0,52
Medisch-technisch handelen	48	85	<0,01	35	88	<0,01
Voorschrijven medicijnen						
Medicijnen op recept	441	419	0,31	428	421	0,79
Medicijnen zonder recept	24	20	0,46	29	19	0,16
Verwijzen en overleggen						
Verwijzen medisch specialisme	85	75	0,12	85	75	0,24
Verwijzen fysiotherapeut	38	32	0,22	33	33	0,95
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	12	10	0,33	10	10	0,31
Overleg met andere hulpverlener	28	25	0,45	24	25	0,83

Tabel 7 Werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen bij chronische aandoeningen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

den gevonden in medisch-technische handelen en in de frequentie waarmee de huisarts een gesprek voert met de patiënt. Huisartsen in gezondheidscentra doen dit minder vaak.

Bij de contacten waarin een chronische aandoening het probleem vormt zien we een soortgelijk beeld (tabel 7): bij de gecontroleerde analyses blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra minder technische handelingen uitvoeren en minder gesprekken voeren. Wat betreft de overige verrichtingencijfers blijkt dat er bij de gecontroleerde analyses geen verschillen zijn tussen huisartsen in gezondheidscentra en andere huisartsen.

DISCUSSIE

Als er meerdere huisartsen in één praktijk werken dan wordt er meer tijd besteed aan intercollegiale toetsing en patiëntenoverleg. Dit geldt ook voor huisartsen in gezondheidscentra, omdat er meestal meerdere huisartsen in één centrum werken. Huisartsen in gezondheidscentra hebben daarnaast een ruimere taakopvatting en een meer democratische houding ten opzichte van de patiënt. Vanwege deze verschillen tussen huisartsen werd verwacht dat er ook verschillen zouden zijn in het concrete handelen van de huisartsen. Toch worden uiteindelijk nauwelijks verschillen gevonden in verrichtingencijfers.

Gezien het feit dat 17 van de 18 gezondheidscentrumartsen samen met fysiotherapeuten in één praktijk werkten, zou men kunnen verwachten dat deze huisartsen vaker naar een fysiotherapeut verwijzen. Het al dan niet multidisciplinair samenwerken blijkt echter niet van invloed op het verwijscijfer fysiotherapie. Huisartsen die met collega-huisartsen in één praktijk zitten, verwijzen wel vaker naar een fysiotherapeut dan huisartsen in solopraktijken. Omdat in gezondheidscentra meestal meerdere huisartsen werken wordt hier dan ook (evenals in duo- en groepspraktijken) meer verwezen naar fysiotherapie dan in solopraktijken.

In gezondheidscentra worden minder medisch-technische handelingen door de huisarts uitgevoerd, ondanks de ruimere taakopvatting van de artsen. Mogelijk komt dit doordat de praktijkassistente hierin een grotere rol speelt dan in andere praktijken. Bij de dataverzameling zijn ook contacten met de assistente geregistreerd voorzover de patiënt direct contact opnam met de assistente en de assistente dit contact volledig zelfstandig afhandelde. Om inzicht te krijgen in de medisch-technische verrichtingen binnen deze contacten is nagegaan hoe vaak de assistente deze verrichtingen deed. Als de medisch-technische verrichtingen van de assistentes en de huisartsen worden opgeteld, dan blijkt er geen verschil meer te zijn tussen de verschillende praktijkvormen. De bevinding dat in gezondheidscentra minder medisch-technische verrichtingen per 1000 artscontacten plaatsvinden moet daarom geweten worden aan het feit dat gezondheidscentrumartsen meer taken aan de assistente delegeren.

Huisartsen in gezondheidscentra praten veel minder met de patiënten, terwijl zij meer openstaan voor de inbreng van de patiënt. Dit is een opmerkelijk resultaat als we ervan uitgaan dat juist zij expliciet een zorgverlening nastreven waarbij aandacht is voor het gehele functioneren van de patiënt. Misschien is het voor huisartsen in gezondheidscentra zo voor de hand liggend dat zij een gesprek met de patiënt hebben, dat de huisartsen dat niet meer als zodanig herkennen en noteren op het registratieformulier. Het voeren van een gesprek houdt meestal in dat het consult langer duurt. Wij zijn nagegaan of huisartsen in gezondheidscentra ook kortere contacten hebben met de patiënt. Dit blijkt niet het geval te zijn. Hier is misschien sprake van een onbetrouwbaar gemeten handeling.

Wij hadden verwacht dat verschillen in verrichtingencijfers vooral zichtbaar werden bij de contacten met mensen die een chronische aandoening hebben. Dit bleek niet het geval. De reden is wellicht dat huisartsen steeds meer

gaan samenwerken, bijvoorbeeld in het kader van waarnemgroepen of farmacotherapie-overleg, en dat ook huisartsen die niet in gezondheidscentra werken steeds meer samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines, zoals blijkt uit het bestaan van home-team overleg. In het onderzoek van Wijkel^{7,17} werd gevonden dat gezondheidscentrum-artsen minder naar de tweede lijn verwezen dan andere artsen. Dit onderzoek is gedaan op basis van verwijsgegevens uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen en is een populatieonderzoek. Het onderhavige onderzoek betreft een steekproef. Door de grote interdoktervariatie zijn de relatief kleine verschillen in verwijscijfers niet snel statistisch significant. In een ander onderzoek vond men soms geen (als de verwijzingen gerelateerd werden aan het aantal contacten) en soms een zwak verband (als het verwijzingen gerelateerd werden aan het aantal patiënten) tussen praktijkvorm en verwijscijfers.²² Het verschil werd verklaard door het verschil in de mate waarin huisartsen de patiënten terugbestellen: in gezondheidscentra laten de huisartsen de patiënten minder vaak terugkomen. In dit onderzoek werd het aantal contacten beschouwd als indicator voor de gezondheid van de praktijkpopulatie. Rekening houdend met de gehele gezondheid komen de resultaten overeen met bovengenoemd onderzoek.²²

Uit dit onderzoek blijkt dat men voorzichtig moet zijn bij het gebruik van relatief makkelijk toegankelijke productiecijfers als men het handelen van huisartsen in verschillende praktijkvormen wil onderzoeken. Ondanks het feit dat de veronderstelde mechanismen die verschillen in handelen kunnen bewerkstelligen aanwezig blijken, worden nauwelijks verschillen in verrichtingencijfers gevonden. Productiecijfers kunnen iets zeggen over de kosten die gegeneerd worden. Uit de in dit onderzoek berekende productiecijfers kunnen echter geen conclusies getrokken worden over de kwaliteit van de geboden zorg.

NOOT

De volgende ICPC-codes verwijzen naar een chronische aandoening: A12, R97, S98, B80-82, B83.1-9, D82-87, D92-95.3, D99.1-99.9, D72.1-3, D97.1-98.9, D89-D91, F91-99, H81-99, K75.1-84.9, K85-88, K89-99.9, L83-95 (excl. L86.2, L96), L97.1-L99, N86-88, N99.1-99.9, R91.1-96, R99.1-9, S86-97, S99.1-9, T12, T81, T85-86, T99.1, T87-90, T82, T93, U88-99.9, X84-89, X99.2-9, Y85-99, A99, B99, T91, T92, T99.2-T99.3, A79, B72.1-73, D75.1-76.9, L71.2, N74.1-9, R84.1-9, S77, T71, U75-77, W72, X75.1-77, Y76.1-9.

ABSTRACT

Type of practice and the care of general practitioners

It is hypothesized that cooperation within primary health care and the care of general practitioners are related. This article describes differences between general practitioners in single handed practices, partnerships, group practices, and integrated health centers with respect to diagnostics, treatment, prescription, and referrals. Data were derived from the Dutch 'National Survey of General Practice', in which information was gathered on the care provided by 161 general practitioners. General practitioners who co-

operate with colleagues in one single practice participated more often in peer review and consulted more often their colleagues about patients. General practitioners in integrated health centers participated more often in multidisciplinary consultations and displayed a broader task interpretation than general practitioners in single handed practices and monodisciplinary cooperative practices. Despite these differences in cooperation and task interpretation, only a few differences were found in practice output data. Practitioners in partnerships and group practices registered more diagnostic tests within their own practice and had higher referral rates to physical therapy than practitioners in single handed practices. Practitioners in integrated health centers seemed to talk less with their patients during consultation. It was also shown that these practitioners gave fewer medical-technical treatments. Results may imply that output data may not be suitable in showing differences in working-style between types of practices.

Key words: primary health care, integrated health centers, cooperation

LITERATUUR

- 1 Foets M, Velden J van der. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 2 Pinealt R, Maheux B, Lambert J, Béland F, Lévesque A. Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings: a Quebec study of local community service center physicians. *Int J Health Serv* 1991;21:49-58.
- 3 Verhaak P. Opvattingen, normen en perceptie van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1984;62:450-4.
- 4 Wolinski F. Why physicians choose different types of practice settings. *Health Serv Res* 1982;17:399-419.
- 5 Mokkink H, Tielens V, Smits A, Grol R. Werkstijlen van huisartsen tijdens het medisch consult. *Huisarts Wet* 1986;29:72-6.
- 6 Tielens V, Mokkink H, Hoogen H van den. Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur. *Huisarts Wet* 1988;31:44-7.
- 7 Wijkel D. Samenwerken en verwijzen [proefschrift Rijksuniversiteit Groningen]. Utrecht: Nivel, 1986.
- 8 Boerma W. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nivel, 1987.
- 9 Grol R, Mokkink H, Schellevis F. The effect of peer review in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:10-3.
- 10 Kuyvenhoven M, Pieters H, Jacobs H, Touw-Otten F, Spreeuwenberg C. Intercollegiaal overleg en klinische competentie van huisartsen. *Med Contact* 1991;46:51-4.
- 11 Travis C, Phillippi R, Tonn B. Judgment heuristics and medical decisions. *Patient Education and Counseling* 1989;13:211-20.
- 12 Wolff N. Professional uncertainty and physician medical decision-making in a multiple treatment framework. *Soc Sci Med* 1989;28:99-107.
- 13 Calman N, Hyman R, Licht W. Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *J Fam Pract* 1992;35:31-8.
- 14 Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum. Utrecht, 1989.

-
- 15 Wouterlood I, Rijen M van. Lage rugklachten. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1992.
- 16 Pool J. Gezondheidscentra en groepspraktijken per januari 1991. Utrecht: Nivel, 1992.
- 17 Wijkkel D, Zee J van der, Bakker D de. Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen: een replicatieonderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1992;70:519-26.
- 18 Boerma W. Home-team en gezondheidscentrum: een vergelijking op algemene kenmerken. Med Contact 1986;41:1615-7.
- 19 Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur: somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.
- 20 Geurts J, Swinkels H, Doorslaer E van. Gezondheidsenquêtes: medische consumptie en praktijkvorm

nader belicht; afzonderlijke analyses voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1988;7(3):5-13.

21 Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport de huisartsenquête: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.

22 Gloerich A, Zee J van der. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: Nivel, 1992.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw A. de Veer, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 12 november 1991, geaccepteerd 28 april 1993