

Home-team en gezondheidscentrum

Een vergelijking op algemene kenmerken

Gestructureerde samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en eventueel andere hulpverleners wordt nogal eens verzeeld met gezondheidscentra. De praktijk is echter pluriformer. Een oudere, minder 'zichtbare' variant van multidisciplinaire samenwerking is het home-team. Gestructureerde kennis daarover ontbreekt goeddeels; het is dan ook beslist voorbarig het home-team voor te stellen als een goedkoper alternatief voor het gezondheidscentrum.

In dit artikel worden beide samenwerkingsvormen op een aantal algemene kenmerken met elkaar vergeleken. Sinds kort zijn we tot deze vergelijking in staat, doordat het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden dat door het NIVEL wordt bijgehouden nu ook de home-teams omvat. Nadat we kort zijn ingegaan op de keuze van de criteria en de 'case-finding', zullen we home-teams en gezondheidscentra typeren door de kenmerken van hun vestigingsplaatsen, samenstelling van de teams en de verhouding van de werkgebieden van de meest voorkomende disciplines.

CRITERIAKEUZE EN 'CASE-FINDING'

Het inventariseren van de home-teams stelde ons voor twee problemen; één: wat is precies een home-team?, en twee: langs welke weg zijn ze op te sporen?

Voor het antwoord op de eerste vraag gingen we te rade bij de literatuur. Uit tien bronnen destilleerden we de volgende criteria, waarbij we ervan uitgingen dat die ondubbelzinnig en eenvoudig dienden te zijn:

- geen gemeenschappelijke huisvesting;
- deelname van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende;
- vaste regelmaat van vergaderen; tenminste éénmaal per maand;
- hulpverleners van genoemde disciplines als regel aanwezig;
- overleg (mede) gericht op de directe hulpverlening aan individuele patiënten/cliënten.

Wat de wijze van opsporen betreft bleek na een korte voorstudie een opzet in twee

W. G. M. Boerma

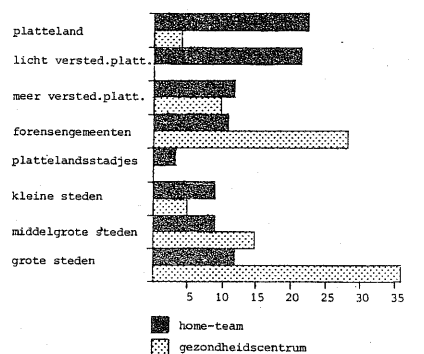
Een home-team is wat anders dan een eenvoudig model gezondheidscentrum. Het gaat om een geheel eigen vorm van multidisciplinaire samenwerking. Dit concludeert onderzoeker W. G. M. Boerma van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht uit een - eerste - vergelijkend onderzoek naar beide samenwerkingsvormen.

fasen de meest geschikte. In de eerste fase werd bij alle instellingen voor maatschappelijke dienstverlening in den lande geïnformeerd naar de samenwerkingsverbanden waaraan één of meer maatschappelijk werkenden van de instelling deelnamen. Op die manier werd een groot aantal 'home-team-achtige' samenwerkingsverbanden verzameld. In de tweede fase werd aan een contactpersoon in die teams, meestal de huisarts of maatschappelijk werkende, een korte vragenlijst gestuurd. Met behulp van de aldus verzamelde informatie stelden wij vast of we met een 'echt' of met een 'pseudo-home-team' te doen hadden. Zowel in de eerste als in de tweede ronde was de medewerking algemeen; de antwoorden op vragenlijsten die niet waren teruggestuurd konden telefonisch worden verkregen.

AANTALLEN EN SPREIDING

Er zijn beduidend meer home-teams dan gezondheidscentra, namelijk respectievelijk 391 en 140 (gegevens 1985). Veel gezondheidscentra bevinden zich in de Randstad en de Zuidelijke IJsselmeerpolders; de helft alleen al is in de provincies Noord- en Zuid-Holland gevestigd. Home-teams zijn gelijkmatiger over de provincies verdeeld, al ligt het accent bij de westelijke en zuidelijke provincies. In de Zuidelijke IJsselmeerpolders zijn geen home-teams. Ook een uitsplitsing naar regio geeft een zeer gevarieerd beeld te zien.

Figuur 1. Home-teams en gezondheidscentra naar urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging.



Figuur 1 geeft een verdeling naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats.

Home-teams en gezondheidscentra verschillen zeer duidelijk naar de aard van de plaatsen waar ze zich bevinden. Home-teams vinden we in het merendeel van de gevallen (55%) op het platteland of op het licht verstedelijkte platteland met woonkernen tot 5.000 inwoners. Daar zitten vrijwel geen gezondheidscentra (4%); die zijn sterk vertegenwoordigd in de grote steden (37%). Home-teams zijn er weinig in de grote steden (Amsterdam uitgezonderd). Ook in de forensengemeenten zien we een duidelijk verschil: daar vinden we 29% van de gezondheidscentra en 11% van de home-teams.

Hoe zijn deze verschillen te verklaren? In de eerste plaats lenen nieuwe wijken in steden en forensengemeenten zich goed voor vestiging van een gezondheidscentrum, omdat de gezondheidszorg daar van de grond af moet worden opgebouwd. Er hoeft dan geen rekening te worden gehouden met historisch gegroeide situaties en gevestigde belangen. Ook op het platteland zijn er omstandigheden die samenwerking bevorderen. In een bepaald gebied werkt daar een overzichtelijk aantal hulpverleners van verschillende disciplines die, mits de bereidheid er is, zonder veel rompslomp kunnen gaan samenwerken. Gemeenschappelijke huisvesting ligt dan echter minder voor de hand. Om een beeld te krijgen van de mate waarin per provincie of per regio in

home-teams dan wel gezondheidscentra wordt samengewerkt geven we voor wat de huisartsen betreft in tabel 1 de relatieve cijfers per provincie; figuur 2 visualiseert de verhouding per regio.

De provincie Zeeland valt op door het hoge percentage huisartsen dat in home-teams participeert (41,5%) en het lage percentage in gezondheidscentra (1,9%). In Drenthe en Limburg is de animo voor home-teams ook aanzienlijk, maar daar zien we niet zo'n contrast met het percentage artsen in gezondheidscentra. In de Zuidelijke IJsselmeerpolders, waar geen home-teams zijn, werkt het merendeel van de huisartsen in een centrum. De grote verschillen in 'home-teamdichtheid' die uit het kaartje blijken zijn maar voor een deel te verklaren uit verschillen in urbanisatie. Waarschijnlijk speelt hier het beleid van vooral instellingen voor maatschappelijke dienstverlening ten opzichte van samenwerking met de eerste lijn een rol.

SAMENSTELLING TEAMS

Van de home-teams bestaat 14% en van de gezondheidscentra 6% uit niet meer dan de drie 'vereiste' disciplines: huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. In het algemeen omvatten home-teams wat minder hulpverleningsdisciplines en wat minder hulpverleners dan gezondheidscentra. Ruim een kwart van de home-teams (26%) en bijna de helft van de centra (47%) heeft meer dan vijf disciplines. In totaal zijn er per home-team gemiddeld acht hulpverleners en per gezondheidscentrum gemiddeld dertien.

In de aard van de deelnemende extra disciplines onderscheiden beide samenwerkingsvormen zich ook van elkaar, zoals tabel 2 laat zien.

Naast de drie eerdergenoemde disciplines is de fysiotherapie in gezondheidscentra verreweg de meest voorkomende. In home-teams is dat beslist niet het geval: daar zien we dat de gezinsverzorging onbetwist de vierde plaats inneemt; in nog geen kwart van de gezondheidscentra is deze discipline vertegenwoordigd. Dat fysiotherapie zo duidelijk méér voorkomt in gezondheidscentra heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat deze samenwerkingsvorm door de gemeenschappelijke huisvesting (ook fysiek) meer ruimte biedt aan deze discipline. Voor het verschil in betrokkenheid van de gezinszorg hebben wij vooralsnog geen verklaring. Verloskundigen, die aan de helft van de

Tabel 1. Aantal huisartsen* per provincie in home-teams en gezondheidscentra.

provincie	home-teams		gezondheidscentra	
	abs.	%	abs.	%
Groningen	21	8,6	12	4,9
Friesland	16	6,0	8	3,0
Drenthe	60	31,6	14	7,4
Overijssel	50	12,3	14	3,4
Gelderland	79	10,7	27	3,6
Utrecht	42	10,1	44	10,6
Noord-Holland	109	10,0	102	9,4
Zuid-Holland	164	12,4	128	9,6
Zeeland	66	41,5	3	1,9
Noord-Brabant	141	16,3	27	3,1
Limburg	130	27,2	36	7,5
Z.IJss. Polders	-	-	45	80,4
Nederland	878	14,1	460	7,4

* Inclusief assistent-huisartsen.

Bronnen: Hamers, 1985; Hingstman 1985; Boerma 1986.

Tabel 2. Voorkomen van enkele extra disciplines.

discipline	home-teams		gezondheidscentra	
	abs.	%	abs.	%
fysiotherapie	75	19	104	79
gezinsverzorging	266	68	30	21
verloskunde	4	1	70	50
tandheelkunde	-	-	40	29
farmacie	-	-	35	25
pastoraal werk	76	19	1	1

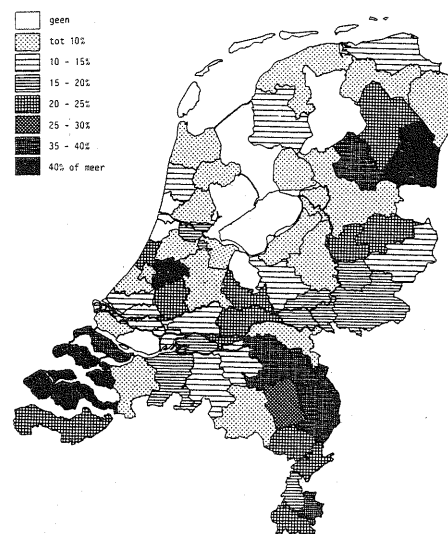
Tabel 3. Vergelijking van het werkgebied van de huisarts(en) (HA) met dat van wijkverpleging (WV) en maatschappelijk werk (MW).

vergelijking	home teams (N=392)		gezondheidscentra (N=140)	
	abs.	%	abs.	%
WV - zelfde werkgebied als HA	238	61	71	51
- werkt praktijkgebonden	60	15	35	25
MW - zelfde werkgebied als HA	174	45	77	55
- werkt praktijkgebonden	40	10	42	30

centra zijn verbonden, doen vrijwel niet mee aan home-teams. Dit komt voor een belangrijk deel doordat home-teams veelal in de minder verstedelijkte gebieden werken, waar weinig verloskundigen zijn.

Tandheelkunde en farmacie komen in een belangrijk deel van de centra voor, respectievelijk 29% en 25%, maar ontbreken geheel in home-teams. Ook hier geldt, net als bij de fysiotherapie, het voordeel van een accommodatie die samenwerking aantrekkelijk maakt. Pastorale zorg tenslotte wordt weer bevestigend meer in home-teams aangetrof-

Figuur 2. Percentage huisartsen in home-teams per regio.



fen, terwijl ze in gezondheidscentra vrijwel ontbreekt. Dit kan samenhangen met verschillen in urbanisatiegraad: op het platteland heeft het kerkelijk leven en de zorg die in dat verband wordt gegeven wellicht een andere betekenis dan in de meer verstedelijkte gebieden.

WERKGEBIEDEN

Als werkgebieden van de verschillende disciplines niet in ruime mate met elkaar overeenstemmen kan dat een ernstige belemmering zijn voor de samenwerking. Onder die omstandigheden (bijvoorbeeld in grote steden) geven wijkverpleging en maatschappelijk werk in een aantal gevallen hun territoriale werkwijze op om praktijkgebonden te gaan werken (dus alleen voor de praktijkpopulatie van de artsen in het centrum). Tabel 3 geeft enkele resultaten.

Wat de verhouding van de werkgebieden betreft ontlopen beide samenwerkingsvormen elkaar niet veel. Wijkverpleging en huisartsen hebben in home-teams wat vaker gelijke werkgebieden dan in gezondheidscentra. Wat het maatschappelijk werk en de huisartsen betreft is het omgekeerde het geval.

Praktijkgebonden werken door wijkverpleging en maatschappelijk werk komt duidelijk meer voor in de gezondheidscentra.

Beschouwen we gelijke werkgebieden en praktijkgebonden werken als belangrijke voorwaarden voor samenwerking, dan zijn de omstandigheden in de gezond-

heidscentra in dit opzicht dus gunstiger dan in home-teams.

CONCLUSIES

De beschreven verschillen tussen home-teams en gezondheidscentra zijn voldoende om vast te stellen dat het om duidelijk verschillende vormen van samenwerking gaat.

Om te beginnen bevinden ze zich in heel verschillende typen vestigingsplaatsen. Dat betekent in elk geval een ongelijk aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen en zeer waarschijnlijk ook een verschillende hulpvraag. De grote stad met verarmende vergrijzende wijken, met grote groepen die tot etnische minderheden behoren, maar ook de nieuwbouwwijken en forensengemeenten met een doorgaans jonge, mobiele bevolking, geven een ander probleemaanbod dan het platteland. Maar tussen vergelijkbare gebieden zijn er eveneens aanzienlijke verschillen in 'home-team-dichtheid'. Deze verschillen zijn wellicht toe te schrijven aan ver-

schillen tussen instellingen in geneigdheid tot samenwerking met de eerste lijn. Ook de teams zelf onderscheiden zich van elkaar, niet alleen qua grootte maar ook qua samenstelling. Het gezondheidscentrum wordt, naast de drie vaste disciplines, bepaald door fysiotherapie, verloskunde, farmacie en tandheelkunde. In het home-team is de gezinsverzorging de belangrijkste vierde discipline; ook zielzorgers nemen er een duidelijke plaats in. De aantrekkelijkheid van de gemeenschappelijke huisvesting in een centrum (bijvoorbeeld voor fysiotherapie) draagt waarschijnlijk mede bij aan de verschillende samenstelling van teams in gezondheidscentra en home-teams.

We mogen ook verwachten dat het samen gehuisvest zijn effecten heeft voor de hulpverlening. Deelnemers aan een home-team zien elkaar in de meeste gevallen maandelijks. Nog afgezien van het feit dat de vaste overlegfrequentie in gezondheidscentra gemiddeld hoger is, hebben werkers in de centra vrijwel dagelijks gelegenheid elkaar even te raad-

plegen. De beschikbaarheid voor elkaar is in gezondheidscentra groter. Wat precies de effecten daarvan zijn op de samenwerking en de hulpverlening weten we nog niet. Dat verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra lager zijn dan die van collega's in andere praktijkvormen, heeft waarschijnlijk met deze mogelijkheid tot directe raadpleging te maken.

Hoe het ook zij, voorlopig constateren we dat het home-team niet kan worden beschouwd als een vereenvoudigde uitvoering van het gezondheidscentrum, maar moet worden gezien als een geheel eigen vorm van multidisciplinaire samenwerking. □

Literatuur

Boerma WGM. Home-teams 1985. Utrecht: NIVEL, 1986 (Cijfers over samenwerking nr. 8).

Hamers RTJ. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari. Utrecht: NIVEL, 1985 (Cijfers over Samenwerking nr. 7).

Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1985.

PROMOTIES

tot doctor in de geneeskunde zijn gepromoveerd:

Universiteit van Amsterdam

F. Abbas, proefschrift 'Susceptibility to periodontal diseases'. Promotor: Prof. Dr. L. Coppes.

J. R. Aluoch, proefschrift 'Sickle cell disease in the Netherlands; origin, prevalence, clinical features and management'. Promotores: Prof. Dr. A. de Geus en Prof. Dr. R. Goudsmit.

Mw. B. M. van Amerongen, proefschrift 'De diagnose gesaneerd'. Promotores: Prof. Dr. B. Houwink en Prof. Dr. G. J. Mellenbergh.

A. B. Boekelaar, proefschrift 'The extrinsic innervation of the stomach and other upper abdominal organs in the rat'. Promotor: Prof. Dr. J. Drukker.

J. I. Darmanata, proefschrift 'Ambulatory oesophageal electrocardiographic recording'. Promotor: Prof. Dr. A. J. Dunning.

E. Fliers, proefschrift 'Hypothalamic changes in aging and Alzheimers disease'. Promotor: Prof. Dr. D. F. Swaab.

A. J. Gelsema, proefschrift 'Somatic reflex input in cardiovascular control'. Promotor: Prof. Dr. L. N. Bouman.

F. Groenevelt, proefschrift 'The burned hand; considerations in treatment and reconstructions'. Promotor: Prof. Dr. R. P. Hermans.

M. L. Kapsenberg, proefschrift 'Accessory cell function in proliferative T lymphocyte

Universitaire berichten

responses'. Promotor: Prof. Dr. W. Leene.

E. A. R. Knot, proefschrift 'AT III & 2-AP metabolism studies in hereditary and acquired deficiencies'. Promotor: Prof. Dr. J. Vreeken.

L. J. Krol, proefschrift 'De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg; onderzoek naar de achtergronden van verwijzingen naar de kinderarts'. Promotor: Prof. Dr. J. A. M. Schouten.

R. Kuijer, proefschrift 'Age-related changes in the interaction between proteoglycans and collagen in human articular cartilage'. Promotor: Prof. Dr. J. K. van der Korst.

G. J. Lankhorst, proefschrift 'Assessment of functional abilities; studies of relevant outcome measures with special reference to osteo-arthritis of the knee and mechanic low back pain'. Promotor: Prof. Dr. J. K. van der Korst.

J. van der Lelie, proefschrift 'Studies on infections induced platelet autoantibodies and platelet volume analysis'. Promotores: Prof. Dr. A. M. van Leeuwen en Prof. Dr. R. Goudsmit.

E. D. J. Lindenberg, proefschrift 'Het symptoomprofiel van de depressieve patiënt; meer soorten of meer van één soort?'. Promotor: Prof. Dr. F. E. R. E. R. de Jonghe.

F. Miedema, proefschrift 'Immunobiology of

normal and neoplastic human T cells'. Promotor: Prof. Dr. C. P. Engelfriet.

H. P. Oosterbaan, proefschrift 'Amniotic oxytocin and vasopressin in the human and the rat'. Promotores: Prof. Dr. D. F. Swaab en Prof. Dr. P. E. Treffers.

J. Overweg, proefschrift 'Withdrawal of antiepileptic drugs in seizure-free adult patients; prediction of outcome'. Promotor: Prof. Dr. H. van Crevel.

G. H. C. Schardijn, proefschrift ' β 2-microglobulin; its significance in the diagnosis of proximal tubular disorders'. Promotor: Prof. Dr. J. K. van der Korst.

P. A. T. Tetteroo, proefschrift 'Characterization of myeloid and megakaryocytic differentiation antigens'. Promotor: Prof. Dr. C. P. Engelfriet.

G. H. M. Verberne, proefschrift 'Enkele aspecten van bejaarde patiënten met fractura colli femoris'. Promotor: Prof. Dr. W. H. Brummelkamp.

H. Walinga, proefschrift, 'Varioliforme erosies, een onderzoek naar de etiologie'. Promotor: Prof. Dr. G. N. J. Tijtgat.

Mw. J. J. M. Westhof, proefschrift 'Natuurlijk geboortenregelen'. Promotor: Prof. Dr. G. J. Kloosterman.

H. E. Wijsen Elias, proefschrift 'Enige aspecten van congenitale nystagmus; een elektro-nystagmografische studie'. Promotor: Prof. Dr. W. J. Oosterveld.

M. Zijlstra, proefschrift 'Viral lymphomagenesis in mice with a low spontaneous lymphoma incidence'. Promotor: Prof. Dr. V. P. Eijssvoegel.