

Afstemming van doelpopulaties en samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen in de stad

A.J.E. de Veer, W.G.W. Boerma, D.H. de Bakker *

Toename van intensieve thuiszorg stelt hogere eisen aan de coördinatie van betrokken disciplines, zoals wijkverpleging en huisartsen. Vooral in stedelijke gebieden vormt de geringe afstemming van de doelpopulaties van wijkverpleging en huisartsen een belemmering voor samenwerking rond de zorgverlening. In dit onderzoek staan twee vragen centraal. In de eerste plaats of er samenhang is tussen de mate van afstemming van doelpopulaties en samenwerking van huisartsen en wijkverpleegkundigen, en in de tweede plaats in hoeverre de aard van de door wijkverpleegkundigen verleende zorg verband houdt met de aard van de samenwerking met huisartsen. Het onderzoek werd uitgevoerd in woonkernen met 40.000 of meer inwoners. Van de 269 wijk-

verpleegkundigen in 81 subteams die een vragenlijst kregen, hebben 232 deze ingevuld teruggestuurd (86%). Uit de resultaten blijkt dat gestructureerd overleg van wijkverpleegkundigen en huisartsen meer plaatsvindt bij een gunstige afstemming van doelpopulaties. Dit neemt niet weg dat nog veel gestructureerd overleg plaatsvindt onder ongunstige afstemmingscondities. Wijkverpleegkundigen die gestructureerd overleg hebben met huisartsen verlenen aan een groter aantal patiënten zware zorg en hebben een groter aantal patiënten waarbij de werkbelasting als zwaar wordt ervaren. Zij krijgen deze zware zorgpatiënten vooral doorverwezen van de huisartsen met wie zij gestructureerd overleggen.

Trefwoorden: wijkverpleegkundigen, huisartsen, eerste lijn, doelpopulatie, samenwerking

In de thuiszorg zijn huisartsen en wijkverpleegkundigen sterk op elkaar aangewezen. Dit geldt in het bijzonder voor de zorg aan ouderen en chronisch zieken. Als gevolg van demografische ontwikkelingen, maatschappelijke trends en beleidsvoornemens wordt een toename van de vraag naar intensieve thuiszorg verwacht. Deze stelt hogere eisen aan de coördinatie van de bijdragen die de verschillende disciplines daaraan leveren.^{1,2}

Het ontbreken van voldoende overlap van doelpopulaties van huisartsen en wijkverpleegkundigen die geacht worden hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen kan de coördinatie van de zorg bemoeilijken. Een geringe afstemming van doelpopulaties betekent dat een wijkverpleegkundige patiënten van een groot aantal huisartsen in zorg heeft en, omgekeerd, dat een huisarts met veel verschillende wijkverpleegkundigen te maken heeft. Effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening kunnen daardoor geschaad worden. Uit onderzoek is duidelijk gebleken dat, vooral in verstedelijkte gebieden, de afstemming van werkgebieden in de thuiszorg veel te wensen overlaat.³ Gezondheidscentra zijn vaak gevestigd in duidelijk begrensde en betrekkelijk nieuwe wijken.⁴ In deze gezondheidscentra is de afstemming tussen de disciplines in het algemeen betrekkelijk goed, omdat er dikwijls door alle disciplines wijkgericht wordt gewerkt. In gezondheidscentra waar dit niet het geval is, voornamelijk in oude wijken, richten de andere disciplines, waaronder de wijkverpleging, zich op de praktijkpopulatie van de huisartsen in het gezondheidscentrum. Men spreekt dan van praktijkgebonden werken.⁵ Uit een Engels onderzoek blijkt dat in geval-

len waarin wijkverpleegkundigen praktijkgebonden werkten er veel meer communicatie plaatsvond met de betrokken huisartsen.⁶ Zijdellings wordt ook het probleem genoemd van de geografische spreiding van de huisartspraktijken. Ook in Nieuw Zeeland blijkt thuiszorg belemmerd te worden door gebrek aan overeenstemmende werkgebieden van wijkverpleging en huisartsen. Wijkverpleegkundigen blijken van veel verschillende huisartsen patiënten in zorg te hebben.⁷ Mogelijkheden voor praktijkgebonden werken worden door de auteurs klein geacht omdat de toename van reistijd en -kosten die daarmee samenhangen ten koste zou gaan van de directe patiëntenzorg.

Gebrekkige afstemming van doelpopulaties is al lang als probleem onderkend, maar het heeft nog weinig van zijn actualiteit verloren. Al in de jaren zeventig, ten tijde van de Structuurnota, werd voor verbetering gepleit. De schrijvers van de Nota 2000 willen nog naar coördinatie in de eerste lijn binnen werkgebieden van 10 à 20.000 inwoners.⁸ Maar in de brokkelige structuur van de Nederlandse gezondheidszorg blijkt het niet gemakkelijk een dergelijke verandering te laten plaatsvinden. Vanuit het toenmalige Samenwerkingsproject Eerste Lijn (S1-project) zijn serieuze pogingen gedaan om onder andere in Eindhoven de afstemming van werkgebieden ('sub-regionalisatie') tussen de drie kerndisciplines in de eerste lijn (huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers) te verbeteren.^{9,10} De resultaten waren teleurstellend.

Een gebrekkige afstemming kan het opbouwen van een intensieve samenwerkingsrelatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts belemmeren. De wijkverpleegkundige heeft immers van (te) veel huisartsen patiënten in zorg en de huisarts heeft met (te) veel verschillende wijkverpleegkundigen te maken. Aangenomen wordt dat bij een inten-

* A.J.E. de Veer, W.G.W. Boerma, D.H. de Bakker, NIVEL, Utrecht

sieve samenwerkingsrelatie de wijkverpleegkundige en de huisarts beter in staat zijn tot het geven van complexe thuiszorg. Een gecoördineerde hulpverlening in de thuis-situatie aan patiënten die daaraan behoefte hebben, zoals terminale patiënten en patiënten die na een ziekenhuis-opname intensieve nazorg nodig hebben, wordt gemakkelijker realiseerbaar. Huisarts en wijkverpleegkundige kunnen samen proberen een opname uit te stellen of te voorkomen. Het is ook mogelijk dat een patiënt vervroegd wordt ontslagen uit het ziekenhuis. Wij veronderstellen daarom dat een wijkverpleegkundige die intensief overleg voert met de huisarts zwaardere zorg kan verlenen dan een wijkverpleegkundige die minder intensief met de huisarts overlegt. Meer zware zorgpatiënten kan voor de wijkverpleegkundige betekenen dat de werkbelasting groter wordt. Het is echter ook mogelijk dat dit door de intensieve werkrelatie met de huisarts niet als zodanig ervaren wordt en dat er zwaardere zorg verleend kan worden zonder verhoging van de ervaren werkbelasting.

VRAAGSTELLING

Hoewel het probleem van de gebrekkige afstemming van de doelpopulaties van wijkverpleegkundigen en huisartsen bekend en erkend is, is er geen onderzoek bekend naar de mogelijke gevolgen van een gebrekkige afstemming van doelpopulaties.

In deze studie staan dan ook de volgende vragen centraal:

- Is er een relatie tussen de mate van afstemming van doelpopulaties van wijkverpleegkundige en huisarts en de intensiteit van de samenwerking?
- Verleent een wijkverpleegkundige die meer intensieve samenwerkingsrelaties onderhoudt met huisartsen 'zwaardere' of meer omvattende zorg dan minder intensief met huisartsen samenwerkende collega's?

METHODE

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit wijkverpleegkundigen werkzaam in plaatsen met tenminste 40.000 inwoners. De werving begon bij de Erkende Kruisorganisaties (EKO's), behalve in Drenthe en Limburg, waar dergelijke verzoeken eerst voor advies naar de Provinciale Kruisverenigingen gingen. Veertig EKO's in plaatsen met tenminste 40.000 inwoners en de twee Provinciale Kruisverenigingen werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek (EKO's waarvan bekend was dat er onderzoek gaande was zijn buiten de werving gehouden). Er waren 23 EKO's bereid tot deelname. De afgevalen EKO's noemden vaak als reden dat zij te kampen hadden met ingrijpende reorganisaties of nijpende personeelstekorten. Van de 269 wijkverpleegkundigen van 81 subteams uit de 23 EKO's die een vragenlijst kregen toegestuurd hebben uiteindelijk 232 wijkverpleegkundigen de vragenlijst ingevuld teruggestuurd (86%). Bijna de helft van de non-respons (47%) werd veroorzaakt doordat complete subteams niet aan het onderzoek wilden meedoen. De rest van de non-respons was verspreid over de overige 73 subteams.

Onderzoeksmateriaal

Via een schriftelijke vragenlijst is informatie verkregen over:

- persoonlijke gegevens van de wijkverpleegkundigen;

- de patiënten die de wijkverpleegkundigen op het moment van het onderzoek in curatieve zorg hadden (voor elke patiënt werd genoteerd: het doel van het contact, de aard van de ziekte in termen van terminaal, chronisch of anders, de naam van de huisarts van de patiënt en de door de wijkverpleegkundige ervaren werkbelasting bij de betreffende patiënt);

- de manier waarop de wijkverpleegkundigen overleggen met de huisarts. De vragen over dit overleg werden voor elke huisarts afzonderlijk beantwoord. Dit werd gedaan voor maximaal zeven huisartsen van wie de wijkverpleegkundige de meeste patiënten in zorg had. Er werd gevraagd naar de wijze waarop de wijkverpleegkundige overlegde met de huisarts (gestructureerd overleg, ad hoc contacten en telefonische contacten), naar de inhoud van het overleg (mate van elkaar adviseren en inschakelen en de informatieverstrekking), en naar de mening van de wijkverpleegkundige over de intensiteit van de samenwerkingsrelatie.

Operationalisering van de variabelen

■ Afstemming

De mate van afstemming van de doelpopulaties van wijkverpleging en huisartsen is bepaald door na te gaan van hoeveel verschillende huisartsen de wijkverpleegkundige patiënten in zorg had. Naarmate dit aantal huisartsen groter is, spreken wij van een slechtere afstemming. Het is gebleken dat over het kleine aantal patiënten dat één wijkverpleegkundige in curatieve zorg heeft (gemiddeld 15 à 16 patiënten) moeilijk een betrouwbare afstemmingsmaat berekend kan worden.³ Wijkverpleegkundigen werken samen in teams. Binnen elk team worden, indien nodig, taken van elkaar overgenomen. Daarom is de afstemmingsscore niet individueel berekend maar per wijkverpleegkundig subteam (drie tot vijf wijkverpleegkundigen). Deze score is vervolgens aan de individuele wijkverpleegkundige toegekend.¹¹ De betrouwbaarheid van de score is bepaald door bij 41 subteams na 10 tot 15 weken nogmaals de vragenlijst af te nemen en de afstemmingsscore opnieuw te berekenen. De afstemmingsscore bleek stabiel ($r=0,84$). Op basis van de afstemmingsscore zijn de wijkverpleegkundigen in vier nagenoeg gelijke groepen (kwartielen) verdeeld, lopend van een lage afstemming van doelpopulaties tot een hoge afstemming van doelpopulaties. De kwartielen worden aangeduid met een kwalificatie van de afstemming in termen van 'zeer slecht', 'slecht', 'redelijk', 'goed'.

■ Samenwerking

In dit onderzoek werd de intensiteit van de samenwerking geoperationaliseerd naar de vorm waarin het overleg plaatsvond. Er werden vier vormen van overleg onderscheiden: gestructureerd overleg, ad hoc overleg, telefonisch overleg en geen overleg. De wijkverpleegkundigen werden in groepen ingedeeld op basis van de aard van het overleg met huisartsen. Allereerst is nagegaan welke wijkverpleegkundigen gestructureerd overleg hebben met één of meer huisartsen. Wij spreken van gestructureerd overleg als een wijkverpleegkundige en een huisarts regelmatig op vaste tijdstippen overleggen (dit gestructureerd overleg kan gecombineerd zijn met lossere vormen van overleg). Bijna de helft van de wijkverpleegkundigen (49%) had

Overlegvorm	Afstemming									
	Zeer slecht		Slecht		Redelijk		Goed		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gestructureerd overleg	17	31	28	45	32	57	38	65	115	49
Ad hoc overleg	7	13	4	6	3	6	11	19	25	11
Telefonisch overleg	15	27	17	27	13	23	8	14	53	23
Geen overleg	16	29	14	22	8	14	1	2	39	17
Totaal	55	100	63	100	56	100	58	100	232	100

NB $\chi^2 (9) = 31,42, p < 0,05$

Tabel 1 Overlegvorm naar de mate van afstemming

gestructureerd overleg. Als een wijkverpleegkundige face-to-face overlegde met één of meer huisartsen en dit gebeurde onregelmatig naar behoefte (dus niet gestructureerd), dan spreken wij van ad hoc overleg (11% van de wijkverpleegkundigen). Bij elke wijkverpleegkundige die geen frequent (dat wil zeggen tenminste maandelijks) face-to-face contact had met een huisarts, is vervolgens gekeken of de wijkverpleegkundige en de huisarts elkaar niet ontmoeten maar frequent bellen; dat betrof bijna een kwart van de wijkverpleegkundigen (23%). Tenslotte had nog 17% van de wijkverpleegkundigen met geen enkele huisarts frequent contact.

Uit analyses is gebleken dat deze indeling een hiërarchie van intensief naar minder intensief overleg vormt. Wijkverpleegkundigen die gestructureerd overleg hebben zijn tevredener over de hoeveelheid informatie die zij over de patiënt van de huisarts krijgen en streven vaker, samen met de huisarts, naar een gezamenlijk aanpak van de zorg.

■ Zwaarte van de zorg

Bij de operationalisering van zorgzwaarte is zoveel mogelijk aangesloten bij het Wijk Administratie Systeem. De volgende determinanten van de intensiteit en complexiteit van de zorg kunnen worden onderscheiden^{12,13}: de aanwezigheid van psychosociale problemen bij de patiënt, moeilijke verpleegtechnische handelingen, terminale zorg, de ernst van de ziekte en een instabiele gezondheidstoestand. In ons onderzoek is informatie verzameld over drie aspecten die een rol spelen bij intensiteit en complexiteit van de zorg: het geven van psychosociale begeleiding, het verrichten van verpleegtechnische handelingen en de zorg aan terminale patiënten. Wij hebben bij elke wijkverpleegkundige gekeken naar het aantal zware zorgpatiënten. Een zware zorgpatiënt werd geoperationaliseerd als een patiënt waarbij òf verpleegtechnische handelingen verricht worden en/of begeleiding gegeven wordt in probleemsituaties en/of terminale zorg gegeven wordt. Hoe meer van deze zware patiënten de wijkverpleegkundige in zorg heeft (in absolute aantallen), hoe zwaarder wij de zorg achten.

Wat objectief gezien zware zorg kan zijn, hoeft niet per se als zwaar ervaren te worden door de wijkverpleegkundige en andersom. Daarom werd daarnaast ook gekeken naar de ervaren zorgzwaarte. De wijkverpleegkundige gaf bij elke patiënt aan of de werkbelasting wel of niet zwaar was. De tweede indicator is derhalve het aantal patiënten waarbij de werkbelasting door de wijkverpleegkundige als zwaar getypeerd werd. Er bestaat een samenhang tussen beide indicatoren van zwaarte van de zorg, maar deze is niet hoog ($r=0,50$).

RESULTATEN

Afstemming van doelpopulaties en samenwerking

Wijkverpleegkundigen en huisartsen met meer afgestemde doelpopulaties hebben vaker gestructureerd overleg dan hun collega's bij wie de afstemming geringer is (tabel 1). Bij de gunstigste afstemming heeft 65% van de wijkverpleegkundigen gestructureerd overleg met een huisarts. Naarmate de afstemming minder wordt is het percentage wijkverpleegkundigen met gestructureerd overleg ook geringer. In de minst gunstige afstemmingsgroep heeft ruim tweederde van de wijkverpleegkundigen met geen enkele arts gestructureerd overleg. Als men geen gestructureerd overleg heeft dan heeft men ad hoc of telefonische contacten. Slechts één wijkverpleegkundige (2%) in de gunstigste afstemmingsgroep heeft geen enkel overleg met een huisarts. Bij een slechtere afstemming is het percentage wijkverpleegkundigen dat met geen enkele huisarts regelmatig overlegt hoger.

Samenwerking en zorgzwaarte

De tweede vraag van dit onderzoek is of de manier waarop het overleg tussen wijkverpleegkundige en huisarts geregeld is, samenhangt met de zwaarte van de zorgverlening. Een dergelijke samenhang zou ook het gevolg kunnen zijn van een verschil in aanstellingsomvang van de wijkverpleegkundige: wellicht participeren full-time werkende wijkverpleegkundigen vaker in een gestructureerd overleg dan part-time werkende wijkverpleegkundigen. Er wordt echter geen statistisch significante samenhang gevonden tussen overlegvorm en het aantal uren dat de wijkverpleegkundige aan curatieve zorg besteedt ($p>0,05$).

In tabel 2 zien wij dat er inderdaad een samenhang is tussen overlegvorm en het gemiddeld aantal zware zorgpatiënten. Ook is er enige samenhang tussen overlegvorm en het aantal patiënten waarbij de werkbelasting als zwaar wordt ervaren. De verwachting dat het aantal zware patiënten afneemt naarmate het overleg minder intensief is, wordt echter slechts gedeeltelijk bevestigd. Wijkverpleegkundigen die gestructureerd overleg hebben met huisartsen hebben de meeste zware zorgpatiënten (zowel wat betreft het gemiddeld aantal zware zorgpatiënten, als het gemiddeld aantal patiënten met een zware werkbelasting). Uit twee t-toetsen blijkt dat zij zwaardere zorg verlenen dan wijkverpleegkundigen die helemaal geen overleg hebben (zware zorgpatiënten $t(152)=2,32, p<0,05$; werkbelasting $t(152)=1,95, p<0,05$). Dus als er een gestructureerd overleg bestaat, dan geeft de wijkverpleegkundige vaker verpleegtechnische hulp, begeleiding bij psycho-

Overlegvorm		Gemiddeld aantal zware zorgpatiënten (SD)		Gemiddeld aantal patiënten met als zwaar ervaren zorg (SD)	
Gestructureerd overleg	n=115	7,63	(5,26)	4,60	(3,19)
Ad hoc overleg	n=25	7,00	(4,22)	3,52	(3,62)
Telefonisch overleg	n=53	5,26	(3,06)	3,70	(2,55)
Geen overleg	n=39	5,59	(2,71)	3,46	(3,04)
F		4,55		2,33	
p-waarde		p < 0,05		p < 0,10	

Tabel 2
Overlegvorm en het aantal zware zorgpatiënten

sociale problemen en/of terminale zorg. Zij heeft ook vaker patiënten waarbij de werkbelasting als zwaar wordt ervaren. Als er ad hoc of telefonisch overlegd wordt dan is de zorg niet statistisch significant zwaarder dan bij wijkverpleegkundigen die helemaal geen overleg hebben met de huisarts ($p > 0,05$).

Een wijkverpleegkundige met gestructureerd overleg heeft doorgaans niet met alle huisartsen van wie zij patiënten in zorg heeft gestructureerd overleg. Een deel van de patiënten komt waarschijnlijk van één of meer huisartsen waarmee geen gestructureerd overleg is. Het is mogelijk dat de wijkverpleegkundige vooral zware zorgpatiënten krijgt als er een intensief overleg is met de betreffende huisarts. Om dit te onderzoeken is voor elke wijkverpleegkundige berekend hoeveel zware patiënten zij kreeg van de huisartsen uit het gestructureerd overleg en hoeveel zware patiënten zij kreeg van de overige huisartsen. Deze aantallen zijn vervolgens gerelateerd aan respectievelijk het totaal aantal patiënten van huisartsen uit het gestructureerd overleg en het totaal aantal patiënten van huisartsen waarmee men niet gestructureerd overlegde. Tabel 3 laat zien dat wijkverpleegkundigen van de huisartsen uit het gestructureerd overleg iets meer patiënten krijgen die zware zorg nodig hebben dan van huisartsen met wie dat overleg niet bestaat (slechts op 10%-niveau statistisch significant).

Ten aanzien van de subjectief ervaren werkbelasting vinden wij dit verschil niet. Dus de wijkverpleegkundige ervaart geen grotere werkbelasting van de patiënten van de huisartsen uit het gestructureerd overleg, ook al lijken die volgens de genoemde criteria in het algemeen zwaarder zorgbehoevend.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Dit onderzoek laat zien dat overleg tussen wijkverpleegkundige en huisarts vaker plaatsvindt bij een goede afstem-

Tabel 3 Verschillen in proportie zware zorgpatiënten afkomstig van huisartsen uit het gestructureerd overleg en afkomstig van andere huisartsen (n=115)

Overlegvorm	Proportie zware zorgpatiënten (SD)		Proportie patiënten met als zwaar ervaren zorg (SD)	
Wel gestructureerd overleg	0,45	(0,32)	0,25	(0,27)
Geen gestructureerd overleg	0,39	(0,29)	0,23	(0,21)
t	1,65		0,61	
p-waarde	p < 0,10		ns	

NB t-toets voor gepaarde waarnemingen

ming van doelpopulaties. Wijkverpleegkundigen die gestructureerd overleggen met huisartsen hebben meer zware zorgpatiënten. Het zijn vooral de huisartsen uit het gestructureerd overleg die deze patiënten doorverwijzen. Alhoewel de patiënten van deze huisartsen wat zwaardere zorg nodig hebben is de ervaren werkbelasting van de wijkverpleegkundige bij de patiënten van deze huisartsen niet hoger.

Hoewel wij een verband vinden tussen afstemming en overleg, kan op grond van deze resultaten niet gezegd worden dat afstemming een noodzakelijke voorwaarde voor het aangaan van overleg is. Daarvoor zijn er nog teveel wijkverpleegkundigen die onder slechte afstemmingsomstandigheden toch gestructureerd overleg hebben. Als de wil tot samenwerking er is, laat men zich daar blijkbaar niet altijd van weerhouden door een ongunstige afstemming.

De gevonden samenhang tussen afstemming en aard van het overleg bevestigt de bevindingen van eerder onderzoek.⁶ Hoewel de richting van het verband niet is aangetoond, is het plausibel dat samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen baat heeft bij een goede afstemming. De causaliteitsvraag speelt ook bij de relatie tussen de wijze van overleggen en de aard van de verleende zorg. Als de wijkverpleegkundige en de huisarts veel zware zorgpatiënten hebben dan zullen zij eerder behoefte hebben aan geregeld overleg. Meer inzicht in de effecten van gestructureerd overleg vereist een andere onderzoeksopzet.

Men mag verwachten dat samenwerking positieve gevolgen heeft voor de zorgverlening. Dit onderzoek laat zien dat wijkverpleegkundigen die gestructureerd overleg hebben met huisartsen, meer patiënten hebben die - objectief gezien - zware zorg behoeven. Uit het feit dat het hebben van ad hoc of telefonische contacten geen statistisch significant verschil te zien geeft ten opzichte van het ontbreken van overleg mag men concluderen dat gestructureerd overleg in een andere behoefte voorziet dan deze lichtere overlevormen.

Hoewel het hebben van gestructureerd overleg met een huisarts samenhangt met een (objectief) zwaardere werkbelasting van de wijkverpleegkundige bij patiënten van die huisarts, wordt dit verband niet gevonden als de werkbelasting subjectief wordt gemeten. Hieruit kunnen wij afleiden dat een wijkverpleegkundige die een geregeld contact met de huisarts heeft, zwaardere zorg kan geven zonder dat dit als zodanig ervaren wordt. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat een wijkverpleegkundige in het overleg met de huisarts verantwoordelijkheden kan delen en problemen in de behandeling kan bespreken.

De afstemming van de doelpopulaties van wijkverpleegkundigen en huisartsen is op het niveau van het wijkverpleegkundig subteam berekend en vervolgens toegekend aan de individuele wijkverpleegkundige. Reden

hiervoor was dat wijkverpleegkundige zorg binnen een subteam georganiseerd wordt en patiënten soms ook gezien worden door collega's uit het subteam. De statistische analyses zijn gedaan op het niveau van de wijkverpleegkundige, waardoor het meer voor de hand ligt de afstemmingsscore eveneens op het niveau van de wijkverpleegkundige te berekenen. Omdat een wijkverpleegkundige op één bepaald moment slechts een beperkt aantal patiënten in zorg heeft fluctueert de afstemmingsscore sterk over de tijd. Een betrouwbare meting van de afstemming op het niveau van de wijkverpleegkundige vereist derhalve verschillende metingen over langere tijd gespreid, wat in dit onderzoek niet mogelijk was.

Indicatoren voor de zwaarte van de zorg zijn moeilijk te vinden. Zwaarte van de zorg heeft te maken met zowel de intensiteit van de zorg als de complexiteit van de zorg. Uit onderzoek¹² blijkt dat de zorgintensiteit bepaald wordt door een complex van factoren. De hier gebruikte vragenlijstmethode leent zich minder voor zo'n exacte meting. Om de wijkverpleegkundigen zo weinig mogelijk te belasten hebben wij bij de beschrijving van de patiënten zoveel mogelijk aangesloten bij het Wijk Administratie Systeem, waarmee de meeste wijkverpleegkundigen werken.

Concluderend kan gesteld worden dat het nastreven van een goede afstemming van doelpopulaties van huisartsen en wijkverpleegkundigen zin heeft. Vooral in de steden valt hier nog veel te doen. Momenteel lijkt er sprake van een patstelling. Het lijkt niet haalbaar de vrije artskeuze enigszins te beperken waardoor praktijkpopulaties binnen werkbare gebiedsgrenzen blijven. De wijkverpleging ziet weinig in praktijk(en)-gebonden werken: het vergroot de reistijd ten koste van de directe patiëntenzorg en het contact met 'de wijk' als het sociale milieu van de patiënt, gaat verloren. Toch noopt de aanwassende intensieve thuiszorg vooral deze disciplines tot een geringere vrijblijvendheid ten aanzien van het geschetste probleem. Waar de eerste lijn een rol wil spelen in de intensieve thuiszorg is een zekere mate van afstemming onvermijdelijk. De eerste lijn zal daarbij concurrentie ondervinden van ziekenhuizen en verpleeghuizen.

ABSTRACT

Cooperation between community nurses and general practitioners in the Netherlands

Changes in health care policy and changes in demand for health care in the Netherlands have resulted in a growing supply of intensive home health care. This demands the coordination of professionals like community nurses and general practitioners. In urban areas, in particular, conditions for cooperation between these two disciplines are bad, since target populations show little overlap. This study poses two questions. First: is there a connection between the degree of overlap in target populations and actual cooperation between community nurses and GPs, and second: to what extent is there a relationship between the complexity of the care provided by a community nurse and the degree of cooperation with GPs. The study was carried out in towns with a population of at least 40,000. Of 269 community nurses who had received a questionnaire 232 responded (86%). Results show that regular consultations between community nurses and GPs take

place more often where there is a relatively larger overlap between their target populations. Regular consultations between community nurses and GPs turned out to be connected with the larger number of patients for whom the community nurse has to provide more complex care. Regular consultations also turned out to be related to the number of patients for whom the workload had been 'heavy'. In addition, community nurses have more patients needing complex care referred by GPs cooperating with them on a structural basis, than by other GPs.

Key words: cooperation, target populations, community nurses, general practitioners

LITERATUUR

- 1 Kooiker SE, Wennink HJ, Bakker DH de, Boerma WGW, Groenewegen PP, Schadé E. Het gebruik van eerstelijnszorg en thuiszorg: van trends uit het verleden naar ramingen voor de toekomst. *Med Contact* 1992;47:367-72.
- 2 Wennink HJ, Kooiker SE, Boerma WGW, Bakker DH de, Groenewegen PP, Schadé E. Complexere thuiszorg: welke zorg onder welke voorwaarden? *Med Contact* 1992;47:373-7.
- 3 Bakker DH. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht: Nivel, 1988.
- 4 Boerma WGW. Local housing scheme and political preferences as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in the Netherlands. *Health Policy* 1989;13:225-37.
- 5 Boerma WGW, Groenewegen PP. Werkgebieden in gezondheidscentra vergeleken: wijk- of praktijkgebonden werken door huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. In: Ten Cate RS, Dijk JPA van, Gillissen J, red. *Vademecum 'Eerstelijnsgezondheidszorg'*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1985.
- 6 Anderson JAD, Black JM, Draper PA. Medical views on attachment schemes for community nurses. *Community Med* 1971;126:287-90.
- 7 Emery GM. General practitioners and the community health nursing service. *NZ Med J* 1982;95:428-30.
- 8 Ministerie van WVC. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- 9 Schoonderwoerd P, Bless S. Afstemming van werkgebieden in de eerstelijnszorg. Bunnik: S1-projekt, 1982.
- 10 Samenwerkingsproject Eerste Lijn. Gereedschap voor ondernemende hulpverleners. Bunnik: S1-projekt, 1984.
- 11 Boerma WGW, Veer AJE de. Afstemming van doelpopulaties en samenwerking tussen wijkverpleging en huisartsen in de stad. Utrecht: Nivel, in druk.
- 12 Soeken KL, Prescott PA. Patient intensity for nursing index: the measurement model. *Res Nurs Health* 1991;14:297-304.
- 13 Wijdeven CEF. Partners op verschillend niveau: een onderzoek naar de complexiteit van de verpleegsituatie en het inzetten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden [doctoraalscriptie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Verplegingswetenschappen, 1989.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw A.J.E. de Veer, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 24 februari 1993, geaccepteerd 6 augustus 1993