

# Verslag van een onderzoek naar onderlinge samenwerking van huisartsen in de provincie Groningen

DOOR P. M. VERBEEK-HEIDA, DRA. SOCIOLOGIE\*

*Inleiding.* Over de omstandigheden waaronder de huisarts zijn beroep uitoefent wordt momenteel veel gesproken en geschreven. Een geïsoleerde positie van de huisarts op het terrein van de gezondheidszorg wordt als een bedreiging gezien voor het voortbestaan van de huisartspraktijk in zijn tegenwoordige vorm. De groepspraktijk wordt steeds meer genoemd als een organisatievorm van voortbestaan van de huisartspraktijk in haar tegen het huidige huisartsberoep zou kunnen ondervangen. Het initiatief tot bovengenoemd onderzoek is afkomstig van R. Mantingh, Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid in de provincies Groningen en Drenthe. Na overleg met W. A. de Boer, Directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Groningen werden door hem bij het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde der Rijksuniversiteit te Groningen de volgende punten aan de orde gesteld.

Gewenst is een inzicht in hetgeen er in de provincie Groningen gaande is op het gebied van samenwerking onder de huisartsen.

Tevens dient er een indruk te worden verkregen over wat er leeft aan behoefte tot samenwerking.

In februari 1967 werd vanuit genoemd laboratorium een onderzoek ingesteld naar de bestaande samenwerking van huisartsen onderling en naar de meningen van de huisartsen over een aantal samenwerkingsvormen. Het onderzoek betrof alleen de huisartsen uit de provincie Groningen. Aangezien het lidmaatschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) een invloedrijke factor bleek te zijn bij het onderzoek werd wat dit betreft speciaal voor de lezers van „huisarts en wetenschap” een aantal punten die niet in het oorspronkelijke rapport werden behandeld, nader uitgewerkt. \*\*

*Het onderzoek.* Als onderzoeksgroep fungeerden alle praktizerende huisartsen van de provincie Groningen, in totaal 193. In februari 1967 werd

\* Wetenschappelijk medewerkster aan het Laboratorium voor Sociale Geneeskunde der Rijksuniversiteit te Groningen.

\*\* Het rapport over dit onderzoek geeft een beschrijving van de beantwoording der vragenlijst en verstrekt een methode de houding der respondenten ten aanzien van de groepspraktijk door middel van factoranalyse te meten. Deze houding wordt vervolgens in verband gebracht met een aantal relevante variabelen, zoals leeftijd, aard der woonplaats, N.H.G.-lidmaatschap, overleg en wat dies meer zij.

*Samenvatting.* Onder de praktizerende huisartsen der provincie Groningen werd een onderzoek verricht naar de onderlinge samenwerking. Ruim 78 procent heeft medegewerkt aan dit schriftelijke onderzoek. De samenwerking die in dit onderzoek nader werd bekeken, betrof voornamelijk onderlinge waarnemingen, gezamenlijke voorzieningen en onderling overleg en terloops nog de behoefte aan contacten met werkers op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg. Het onderzoek wees uit dat N.H.G.-lidmaatschap een belangrijke factor was. Ten behoeve van de lezers van „huisarts en wetenschap” is dit nader uitgewerkt met mogelijke invloeden van vestigingsplaats der huisartsen (naar urbanisatiegraad) en geboortjaar. Er bestaat een significant verband tussen N.H.G.-lidmaatschap en het invullen der vragenlijst. Ook blijken de jongere artsen meer te hebben medegewerkt aan het onderzoek, zodat de onderzoeksgroep niet geheel representatief is voor alle huisartsen uit de provincie Groningen. Het belang van onderlinge waarnemingen wordt gelijkelijk ingezien ongeacht het lidmaatschap van het N.H.G., de woonplaats of het geboortjaar van de huisarts. Dit geldt ook voor het gebied der gezamenlijke voorzieningen.

Vergelijken wij echter de feitelijke praktijkvorm der respondenten met de voorkeurspraktijkvorm dan blijkt, dat men zich uitspreekt voor meer samenwerkende praktijkvoering. Twintig procent spreekt zich zelfs uit voorkeur te hebben voor een praktijkvoering (gemeenschappelijk gebouw en bijna allen ook gemeenschappelijke financiële regeling) die de groepspraktijk benadert. De bezwaren liggen veelal op financieel terrein, maar ook op het persoonlijke vlak. Bij het onderlinge overleg kwam duidelijker de N.H.G.-groep naar voren. Regelmatig overleg hebben 33 procent van de respondenten gerealiseerd en incidenteel overleggen wordt door 75 procent der respondenten als overlegvorm genoemd.

Er bestaat een significant verband tussen N.H.G.-lidmaatschap en regelmatig overleg van huisartsen onderling, maar ook tussen leeftijd en regelmatig overleg. De aard der woonplaats bleek niet mede van invloed te zijn. N.H.G.-leden overleggen echter niet meer incidenteel dan niet-leden; wel bleek het incidenteel overleg van huisartsen onderling af te nemen bij toenemende verstedelijking en bij ouder worden. N.H.G.-leden hebben ook meer behoefte aan samenwerking ten aanzien van maatschappelijk werk, wijkverpleging enzovoort. Dit laatste geldt trouwens ook voor de jongere huisartsen.

een vragenlijst aan hen gestuurd. De onderlinge samenwerking werd in de vragenlijst in drie delen onderscheiden: onderlinge waarnemingen, gezamenlijke voorzieningen en onderling overleg. Verder werd tevens ingegaan op behoefte aan contact met werkers op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg. De aard der gevraagde gegevens vergde onzes inziens niet een anonieme enquête. Met het oog op het feit dat het onderzoek door gebrek aan voldoende mankracht wel schriftelijk moest worden gehouden, werd voornamelijk de aandacht gericht op de onderling bestaande samenwerking en de behoefte daartoe. Vragen over praktijkgrootte, eigen hulpkrachten, eigen instrumentarium en eigen praktijkuitrusting (kaartstelsysteem, semafoon, gebouw enzovoort), inkomen en wat dies meer zij, zijn achterwege gelaten. In de eerste plaats zou zulks het beantwoorden van de schriftelijke enquête te langdurig hebben gemaakt. Voorts zou een en ander hebben kunnen resulteren in een te kleine respons en ook in gevoelens van bedreiging, gezien de vertrouwelijke aard van deze gegevens.

Ruim 78 procent van alle huisartsen heeft meegewerkt. Dit is voor een schriftelijk onderzoek zonder rappel een aanwijzing dat deze problematiek de huisartsen wel bezighoudt. De antwoorden op de vragen zijn volgens een van tevoren opgestelde codelijst gecodeerd. Voor de verwerking van alle materiaal werd dankbaar gebruik gemaakt van de elektronische rekenapparatuur (TR4) van het universitaire Rekencentrum te Groningen.

Van de 151 binnengekomen formulieren bleken drie niet bruikbaar voor verwerking, zodat 148 respondenten overbleven. Door het niet-anoniem zijn van de enquête was het mogelijk de respondenten te vergelijken met de non-respondenten wat betreft een aantal voor alle Groninger huisartsen bekende gegevens, te weten: het geboortjaar, het vestigingsjaar in de huidige praktijk en de aard der woonplaats (naar urbanisatiegraad der gemeente, waartoe de woonplaats behoort en wel plattelandsgemeente, verstedelijkte gemeente, stedelijke gemeente). Gezien de hoge correlatie van geboortjaar met vestigingsjaar ( $r = .880$ ) zullen wij verder alleen nog samenhangen aangeven met het geboortjaar der huisartsen. Het bleek, dat de aard der woonplaats niet significant het invullen der vragenlijst had beïnvloed.

Tabel 1. De respondenten verdeeld naar aantallen huisartsen per woonplaats.

Eén huisarts per woonplaats	31	( 21)*
Twee tot drie huisartsen	41	( 28)
Vier tot en met negen	31	( 21)
Ongeveer zestig	45	( 30)
Totaal	148	(100)

\* De getallen tussen haakjes geven steeds in deze en de hierop volgende tabellen de procentuele verdeling aan.

Voor het samenwerken van huisartsen onderling is van belang hoeveel huisartsen per woonplaats aanwezig zijn. Het leek ons zinvol te onderscheiden of de betreffende huisarts als de enige of met nog een of twee collegae in één plaats was gevestigd. Verder is onderscheiden een enigszins grotere huisartsendichtheid (vier tot en met negen collegae) met iets meer keuze voor het eventuele samenwerken en de ruimste keuze, namelijk tien of meer collegae. Onder deze laatste categorie viel alleen de stad Groningen met ongeveer 60 huisartsen (tabel 1).

Aangezien de correlatie van deze „keuzevariabele” met de variabele aard der woonplaats hoog is ( $r = .922$ ), zullen wij in dit artikel verder alleen nog deze laatste variabele gebruiken. Het niet-significant zijn van de woonplaats voor het invullen der vragenlijst gaat niet op voor het geboortjaar (tabel 2).

De groep respondenten bevat een oververtegenwoordiging van de jongste groep artsen en een ondervertegenwoordiging van de oudste groep artsen.

Er is niet naar lidmaatschap van het N.H.G. gevraagd. Wel is achteraf op elk teruggestuurd formulier ingevuld of de betreffende huisarts volgens een zeer recente adreslijst van het Nederlands Huisartsen Genootschap der provincie Groningen, al dan niet lid was. Gezien de vraag naar samenwerking kan dit lidmaatschap immers een belangrijke factor zijn. Dit blijkt meteen al bij het invullen der vragenlijst (tabel 3).

De N.H.G.-leden zijn oververtegenwoordigd in het materiaal; deze groep is kennelijk meer onderzoek-„minded” dan de groep niet-leden. Het feit, dat de 148 respondenten niet representatief zijn

Tabel 2. De huisartsen verdeeld naar invullen der vragenlijst en naar geboortjaar.

	Eerder dan 1910	Geboortjaar			Totaal
		1910-1919	1920-1929	1930 en later	
Respondenten	20 ( 61)	27 ( 68)	64 ( 80)	37 ( 92)	148 ( 77)
Non-respondenten	13 ( 39)	13 ( 32)	16 ( 20)	3 ( 8)	45 ( 23)
Totaal	33 (100)	40 (100)	80 (100)	40 (100)	193 (100)

$\chi^2 = 12,75$ ;  $df = 3$ ;  $p < .01$

Tabel 3. De huisartsen verdeeld naar invullen der vragenlijst en naar lidmaatschap N.H.G.

	Lid N.H.G.		Totaal
	Neen	Ja	
Respondenten	79 ( 66)	68 ( 93)	148 ( 77)
Non-respondenten	40 ( 34)	5 ( 7)	45 ( 23)
Totaal	119 (100)	73 (100)	192*(100)

$\chi^2 = 18,04$ ;  $df = 1$ ;  $p < .0001$ .

\* Eén respondent viel af wegens het niet-invullen van zijn naam, zodat niet kon worden nagegaan of hij al dan niet lid van het N.H.G. was.

voor de 193 huisartsen in de provincie wat betreft het geboortjaar en het N.H.G.-lidmaatschap, zal er de oorzaak van moeten zijn dat wij zeer voorzichtig moeten zijn met generaliserende uitspraken over de huisartsen van de provincie Groningen.

Het is verstandig nogmaals de aandacht te vestigen op het feit dat het onderzoek uitsluitend betrekking heeft op de provincie Groningen. Het is immers niet bekend in hoeverre generalisaties betreffende alle huisartsen in Nederland mogelijk zijn.

Wij verwachtten dat het N.H.G.-lidmaatschap, het geboortjaar en de woonplaats naar urbanisatiegraad van invloed zouden zijn in de eerste plaats op de gerealiseerde samenwerking der huisartsen onderling en in de tweede plaats op de behoefte aan samenwerking, een en ander met betrekking tot zowel onderlinge waarneming als gezamenlijke voorzieningen. Verder verwachtten wij samenhang van genoemde variabelen met het gerealiseerd overleg met collegae-huisartsen en met de behoefte aan overleg. Ook verwachtten wij, dat deze variabelen van belang zouden zijn voor de behoefte aan contacten met werkers op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg. Daartoe zullen achtereenvolgens de samenwerking op het gebied van de waarnemingen en gezamenlijke voorzieningen, het overleg met collegae-huisartsen en de contacten met werkers op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg worden nagegaan.

*Samenwerking.* In de vragenlijst werd onder andere onderscheid gemaakt tussen samenwerking op het gebied van onderlinge waarnemingsvormen, samenwerking op het gebied van gezamenlijke voorzieningen en onderling overleg. Ruimte werd gelaten voor huisartsen met eventueel nog andere, niet-genoemde vormen van samenwerking met collegae; hierop kwam echter bijna geen respons.

*Onderlinge waarneming.* Er werd gelet op vijf vormen van waarneming, namelijk: weekendwaarneming, waarneming bij ziekte, bij vakantie, bij spoedgevallen en avondwaarneming. Op zes huisartsen na had iedere respondent een regeling voor de weekends getroffen. Meestal was dit een vaste

Tabel 4. De respondenten verdeeld naar waarnemingsregelingen.

Geen antwoord	1 ( 1)
Geen enkele vorm	2 ( 1)
Weinig (1 tot 2 positieve antwoorden)	18 ( 12)
Veel (3 tot 4 positieve antwoorden)	94 ( 64)
Alles (5 positieve antwoorden)	33 ( 22)
Totaal	148 (100)

kern van veelal vier huisartsen, waarbij naast de weekendregeling veelal ook een vakantieregeling (respectievelijk 126) en een regeling voor kortstondige ziektes (respectievelijk 120) was gerealiseerd.

182 Respondenten stonden elkander bij in spoedgevallen. In vele gevallen betrof dit een stilzwijgende overeenkomst met een of soms twee collegae: meestal een kleinere kern dan een „weekendkern”. Een afspraak voor avond- en/of nachtwaarneming (bijvoorbeeld voor een vaste avond per week) werd door 35 respondenten vermeld. Dit gebeurt nu bij de meeste huisartsen naar gelang incidenteel niet bereikbaar is en dan een collega verzoekt waar te nemen. Bekijken wij het antwoordpatroon van iedere respondent op deze vijf vormen van waarneming, dan blijkt dat 86 procent der respondenten hieraan zoveel mogelijk meewerkt.

Gezien de belasting van het altijd beschikbaar moeten zijn, pleit ook onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap voor samenwerking tussen de huisartsen. Bovendien veranderen in onze maatschappij de opvattingen aangaande vrije tijd. Het blijkt echter, dat de N.H.G.-leden niet significant meer waarnemingsvormen hebben gerealiseerd dan de niet-N.H.G.-leden. Eveneens blijkt, dat de samenwerkingsvormen niet toenemen bij het jonger zijn van de huisarts of bij een praktijkvestiging in een gebied met toenemende verstedelijking (en dus met toenemende huisartsendichtheid). Ongeacht het lidmaatschap van het N.H.G., ongeacht de leeftijd of de woonplaats van de huisarts, wordt het belang van waarnemingsregeling — en dus vrije tijd — ingezien door bijna alle respondenten.

*Gezamenlijke voorzieningen.* Een aantal vragen was gericht op die samenwerking die meer ingrijpt op het onafhankelijk huisarts zijn en die meer afspraken vereist dan de waarnemingen. Wij bedoelen: gezamenlijke voorzieningen voor het toepassen van antistollingstherapie, sterilisatie, laboratoriumouillage, instrumentarium, administratief personeel, laboranten, doktersassistentes, praktijkadministratie (gezamenlijk kaartstelsel of afspraken hierover), financieel beheer en praktijkgebouw. Het enige noemenswaardige is hier het samenwerken op het gebied van laboratoriumouillage, waarbij vele respondenten het huisartsenlaboratorium noemen. Hoewel het „huisartsenlab” op gezamenlijk

initiatief der huisartsen in de stad Groningen is tot stand gekomen, is het karakter van het Klinisch Chemisch Laboratorium meer een voorziening dan een gezamenlijke voorziening; vandaar misschien dat dit het enig noemenswaardige is. Aangezien dit ook ettelijke malen wordt genoemd als wenselijkheid door die respondenten die op laboratoriumgebied niet samenwerken, zal deze „samenwerkingsvorm” zich waarschijnlijk in de nabije toekomst gaan uitbreiden.

Het beeld der beantwoording van de tien vormen van gezamenlijke voorzieningen is als volgt (tabel 5).

Evenals bij het punt der waarnemingen is gezocht naar een mogelijke samenhang met N.H.G.-lidmaatschap, aard der woonplaats en geboortjaar. Het blijkt dat de N.H.G.-leden aan gezamenlijke voorzieningen niet meer hebben gerealiseerd dan niet-leden. Ook valt geen verband aan te tonen met de woonplaats in die zin, dat huisartsen in de verstedelijkte gebieden en in de stad Groningen door een groter aantal omringende collegae, hiertoe meer gelegenheid hebben en dit ook zullen aangrijpen. Hoewel er in dit opzicht geen significantie bestaat, blijken de huisartsen met enkele vormen van gezamenlijke voorzieningen het meeste voor te komen onder de huisartsen die tussen 1920 en 1930 zijn geboren; het minste bij de huisartsen geboren voor 1910 en vanaf 1930 en later (tabel 6).

Het behoeft ons niet te verbazen dat de oudste groep huisartsen weinig ervoor voelt. Anders ligt het met de jongste groep. Een mogelijke verklaring van deze tendens zou kunnen zijn, dat de pas begonnen huisarts eerst afwacht hoe hij het alleen klaarspeelt, voordat hij belangstelling krijgt voor gezamenlijke voorzieningen. Op dit samenwerkingsgebied moeten financiële afspraken worden gemaakt, wat juist voor de pas begonnen huisarts minder aantrekkelijk kan zijn. In tabel 6 wordt deze tendens weergegeven. Opgemerkt moet worden dat de twee categoriën alles (respectievelijk 1) en vrij veel (respectievelijk 5) wegens de kleine aantallen buiten beschouwing zijn gebleven.

Een vraag over de tegenwoordige praktijkvorm en over de voorkeurspraktijkvorm werd in de vragenlijst opgenomen om te weten wat de respondent doet en wat hij wil. Globaal werden praktijken onderscheiden naar:

geen gezamenlijk gebouw en zo weinig mogelijk samenwerking (minst mogelijke samenwerking);  
geen gezamenlijk gebouw, maar vanuit eigen praktijkhuis wel samenwerking (minder);  
vanuit gezamenlijk gebouw werken, waarbij al of niet gemeenschappelijk financieel beheer is samengenomen (meest mogelijke samenwerking, die het dichtst een groepspraktijk-praktijkvorm benadert).  
De beantwoording is weergegeven in tabel 7.

Tabel 5. De huisartsen verdeeld naar gezamenlijke voorzieningen.

Alles (10 positieve antwoorden)	1 ( 1)
Vrij veel (5 tot en met 9 positieve antwoorden)	5 ( 3)
Weinig (1 tot en met 4 positieve antwoorden)	35 ( 24)
Niets (geen positieve antwoorden)	107 ( 72)
Totaal	148 (100)

Tabel 7. De respondenten naar feitelijke en voorkeurspraktijk.

	Feitelijk	Voorkeur
Geen antwoord	11 ( 7)	18 ( 12)
Minst mogelijke samenwerking	59 ( 40)	38 ( 26)
Minder	75 ( 51)	62 ( 42)
Meest	3 ( 2)	30 ( 20)
Totaal	148 (100)	148 (100)

Wij zien een verschuiving naar praktijkvoeren met meer samenwerken, waarbij 20 procent der respondenten voorkeur uitspreekt voor een praktijkvorm die het dichtst de groepspraktijkvorm benadert. Wij hebben de respondenten gevraagd aan te geven wat hen verhinderde hun voorkeur te realiseren. Met name kwam naar voren: financiële bezwaren (investeringen, meer kosten enzovoort), persoonlijke bezwaren (vinden van een homogeen team, verlies van vrijheid en dergelijke) en praktische bezwaren (afstanden te groot, patiënten zijn gewend aan eigen praktijkhuis). Deze bezwaren zijn niet nieuw; zij komen naar voren in vele discussies over de groepspraktijk.

Het leek ons zinvol na te gaan of in verband met de praktijkvorm van „meeste” naar „minste”

Tabel 6. De respondenten naar gezamenlijke voorzieningen en naar geboortjaar.

Gezamenlijke voorzieningen	Eerder dan 1910	Geboortjaar			Totaal
		1910-1919	1920-1929	1930 en later	
Weinig	3 ( 16)	6 ( 23)	19 ( 31)	7 ( 19)	35 ( 25)
Niets	16 ( 84)	20 ( 77)	42 ( 69)	29 ( 81)	107 ( 75)
Totaal	19 (100)	26 (100)	61 (100)	36 (100)	142 (100)

$\chi^2 = 2.75$ ;  $df = 3$  Niet significant.

Tabel 8. De respondenten naar N.H.G.-lidmaatschap en naar voorkeurspraktijkvorm

Voorkeurspraktijkvorm naar samenwerking	N.H.G.-lidmaatschap		Totaal
	Neen	Ja	
Meest	11 ( 16)	19 ( 32)	30 ( 23)
Minder	38 ( 54)	24 ( 40)	62 ( 47)
Minst	21 ( 30)	17 ( 28)	38 ( 30)
Totaal	70 (100)	60 (100)	130*(100)

$\chi^2 = 4,98$ ;  $df = 2$ ; niet significant.

\* Buiten beschouwing zij die geen antwoord hebben gegeven.

samenwerking het N.H.G.-lidmaatschap, de aard der woonplaats en de leeftijd van invloed was. Wij verwachtten dat de N.H.G.-leden meer dan niet-leden voorkeur zouden uitspreken voor de meest „samenwerkende” praktijkvorm. Het verschil blijkt echter niet significant te zijn (tabel 8).

Toch is deze tabel zeer interessant. De gegevens suggereren dat N.H.G.-leden een gezamenlijk gebouw en/of gezamenlijk financieel beheer belangrijker vinden dan niet-leden. Er zijn eveneens N.H.G.-leden die samenwerking ten aanzien van een gezamenlijk gebouw en/of financiën onbelangrijk vinden. Er blijkt geen samenhang van de praktijkvormen met de aard der woonplaats te bestaan.

Ook bestaat er geen samenhang met het geboortjaar. Wel wordt de indruk gewekt dat de groep huisartsen tussen 1920 en 1930 geboren iets positiever ten aanzien van intensiever samenwerken staat dan de groep oudere huisartsen (tabel 9).

*Onderling overleg.* Een van de belangrijkste onderwerpen uit de vragenlijst betrof het onderlinge overleg der huisartsen. Dit in verband met de vraag of en zo ja, in hoeverre de huisarts zich geïsoleerd voelt. Hierbij zijn vragen gesteld naar het gerealiseerde overleg, naar de behoefte aan overleg en de bereidheid hiervoor tijd uit te trekken. Onderscheid is gemaakt tussen: regelmatig overleg volgens een van te voren bindend gemaakte afspraak en incidenteel overleg, al naar gelang de behoefte op een bepaald moment.

Tabel 9. De respondenten naar voorkeurspraktijkvorm en naar geboortjaar.

Praktijkvorm naar samenwerking	Eerder dan 1910	Geboortjaar			Totaal
		1910-1919	1920-1929	1930 en later	
Meest	1 ( 8)	3 ( 12)	16 ( 28)	10 ( 29)	30 ( 23)
Minder	7 ( 54)	9 ( 38)	31 ( 53)	15 ( 42)	62 ( 47)
Minst	5 ( 38)	12 ( 50)	11 ( 19)	10 ( 29)	38 ( 30)
Totaal	13 (100)	24 (100)	58 (100)	35 (100)	130 (100)

$\chi^2 = 10,68$ ;  $df = 6$ ; niet significant.

Tabel 10. De respondenten naar regelmatig overleg en naar N.H.G.-lidmaatschap.

Regelmatig overleg	N.H.G.-lidmaatschap		Totaal
	Neen	Ja	
Ja	24 ( 31)	24 ( 35)	48 ( 33)
Neen, wel willen	23 ( 29)	30 ( 44)	53 ( 36)
Neen, niet-willen	31 ( 40)	14 ( 21)	45 ( 31)
Totaal	78 (100)	68 (100)	146 (100)

$\chi^2 = 6,69$ ;  $df = 2$ ;  $.02 < p < .05$ .

Regelmatig overleg komt bij 33 procent der respondenten voor. De frequentie van dit overleg is zeer uiteenlopend: elf respondenten eens per dag, vier eens per week, vier eens per twee weken, 29 eens per maand. Bijna 37 procent pleegt geen regelmatig overleg, maar zou gaarne iets dergelijks gerealiseerd zien. De overige respondenten, ruim 30 procent, overlegt eveneens niet regelmatig, maar wenst dit ook niet. Degenen die regelmatig overleggen met collegae-huisartsen vermeldden dat dit veelal casuïstiekbesprekingen betreft, een enkele keer wordt genoemd dat een N.H.G.-gespreksgroep zal worden opgericht.

Er blijkt een significante samenhang te bestaan tussen N.H.G.-lidmaatschap en regelmatig overleggen (tabel 10).

Duidelijk blijkt, dat onder de huisartsen die geen regelmatig overleg voeren en dit ook niet willen, naar verhouding meer niet-N.H.G.-leden zijn. Hoewel wij verwachtten dat de woonplaats der respondenten mede van invloed zou zijn op het regelmatige overleg en de wens ertoe, blijkt dit niet zo te zijn. Anders ligt dit met het geboortjaar der respondenten (tabel 11).

De artsen vanaf 1920 geboren plegen significant meer overleg. De wens ertoe bij het niet gerealiseerd zijn van regelmatig overleg neemt toe bij het jonger zijn. Het omgekeerde, het niet wenselijk achten van regelmatig overleg, neemt toe bij het ouder worden. Of er tegenwoordig meer belangstelling bestaat voor regelmatig overleg is niet te zeggen. Het zou ook mogelijk kunnen zijn, dat de jonge huisartsen hier relatief altijd meer voor voe-

Tabel 11. De huisartsen naar regelmatig overleg en naar geboortjaar.

Regelmatig overleg	Geboortjaar				Totaal
	Eerder dan 1910	1910-1919	1920-1929	1930 en later	
Ja	5 ( 25)	4 ( 15)	23 ( 37)	16 ( 43)	48 ( 33)
Neen, wel willen	2 ( 10)	10 ( 37)	25 ( 40)	17 ( 46)	54 ( 36)
Neen, niet-willen	13 ( 65)	13 ( 48)	15 ( 23)	4 ( 11)	45 ( 31)
Totaal	20 (100)	27 (100)	63 (100)	37 (100)	147 (100)

$x^2 = 25,57$ ;  $df = 6$ ;  $p < .001$ .

Tabel 12. De huisartsen naar incidenteel overleg en naar woonplaats.

Incidenteel overleg	Aard der woonplaats			Totaal
	Platteland	Verstedelijkt platteland	Stad	
Neen	8 ( 13)	12 ( 29)	16 ( 26)	36 ( 24)
Ja	53 ( 87)	29 ( 71)	29 ( 64)	111 ( 76)
Totaal	61 (100)	41 (100)	45 (100)	147 (100)

$x^2 = 7,76$ ;  $df = 2$ ;  $.02 < p < .05$ .

len, maar dat uiteindelijk de animo hiervoor (eventueel door opgedane ervaringen) bij sommigen bij het ouder worden afneemt.

Incidenteel overleg komt bij ruim 75 procent der respondenten voor. Incidenteel overleg is kennelijk een belangrijker overlegvorm omdat het al naar gelang de behoefte gemakkelijker in het werkschema kan worden opgenomen. Het blijkt dat de N.H.G.-leden iets meer incidenteel overleggen, maar dit is niet significant. Interessant is het verband tussen incidenteel overleg en de aard der woonplaats (tabel 12).

De huisartsen op het platteland overleggen significant meer incidenteel met hun collegae dan de huisartsen in de verstedelijkte gebieden en in de stad. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn de aanwezigheid van specialisten in de laatstgenoemde gebieden, zodat de huisarts daar eerder informeel met een specialist overlegt dan met een collega-huisarts.

Ook het geboortjaar der respondenten is een van invloed zijnde factor bij incidenteel overleggen (tabel 13).

Het blijkt dat er sprake is van een significant verschil tussen jongere en oudere huisartsen wat betreft het incidenteel overleg. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de oudere huisarts steeds meer ervaring opdoet. Misschien ook daardoor vindt hij, dat hij situaties wel kan oplossen zonder een collega-huisarts om raad te vragen. Het kan ook zijn, dat de oudere huisarts meer specialisten heeft leren kennen door de jaren heen, zodat hij met hen eerder in overleg treedt dan met een collega-huisarts, die in vele gevallen ook nog jonger kan zijn.

Afzonderlijk is nog gevraagd aan alle huisartsen of zij behoefte aan overleg hebben op vakgebied. Daarnaast hoeveel uren zij bereid waren daarvoor vrij te maken. Het spreekt immers vanzelf dat een huisarts wel behoefte hieraan kan hebben, maar geen mogelijkheid ziet hiervoor tijd vrij te maken. Deze twee vragen werden door de respondenten als volgt beantwoord (tabel 14 en 15).

De respondenten die behoefte aan overleg gevoelden (uitgezonderd dus diegenen die geen antwoord gaven en zij die geen behoefte aan overleg hadden) zijn verdeeld in drie categorieën namelijk veel behoefte aan overleg (per dag, per week), vrij veel (twee- tot driemaal per maand) en matig (eens per maand).

Onze verwachting dat de N.H.G.-leden blijf zouden geven van meer behoefte aan regelmatig overleg dan de niet-leden wordt ondersteund (tabel 16).

Tabel 13. De huisartsen naar incidenteel overleg en naar geboortjaar.

Incidenteel overleg	Geboortjaar				Totaal
	Eerder dan 1910	1910-1919	1920-1929	1930 en later	
Neen	11 ( 55)	11 ( 41)	11 ( 17)	3 ( 8)	36 ( 24)
Ja	9 ( 45)	16 ( 59)	53 ( 83)	33 ( 92)	111 ( 76)
Totaal	20 (100)	27 (100)	64 (100)	36 (100)	147 (100)

$x^2 = 20,85$ ;  $df = 3$ ;  $p < .001$ .

Van de huisartsen die behoefte hebben aan overleg blijken de N.H.G.-leden veel en vrij veel behoefte te hebben; de niet-N.H.G.-leden ook wel, maar meer gematigd.

Er was geen samenhang aan te tonen tussen de behoefte tot overleg en de aard der woonplaats. Hetzelfde geldt voor het geboortjaar. Het N.H.G.-lidmaatschap blijkt ook samen te hangen met de bereidheid hiervoor tijd vrij te maken (tabel 17). Dit is niet verwonderlijk, daar de correlatie tussen „behoefte aan overleg” en „bereidheid tijd vrij te maken” .733 bedraagt. Ook hier zijn (tabel 15) de respondenten in drie categorieën verdeeld — uitgezonderd zij die „geen antwoord” en „geen tijd” hebben ingevuld — namelijk zij die bereid waren veel tijd vrij te maken (een uur per dag, een tot twee uur per week), vrij veel (twee tot drie uur per maand) en matig (een uur per maand).

Van de artsen die opgaven bereid te zijn tijd voor overleg vrij te maken, blijken N.H.G.-leden significant de meeste tijd vrij te willen maken. Ook hier bestaat geen samenhang met de aard der woonplaats en met het geboortjaar. Wel is er een kleine aanwijzing dat de jongste artsen die bereid zijn tijd vrij te maken, dan ook wel veel tijd vrij willen maken.

Hiermede is het punt van onderling overleg behandeld. Wij moeten er echter op wijzen dat, gezien de correlatie tussen alle „overlegvariabelen” (regelmatig overleg, incidenteel overleg, overleg-behoefte en bereidheid tijd vrij te maken) er sprake is van een meer of minder algemene „overleg”-instelling der respondenten. Deze „overleg”-vragen staan niet los van elkaar.

*Andere contacten.* Zoals werd vermeld, is naast het onderlinge overleg met collegae huisartsen een vraag opgenomen naar de behoefte aan contacten met werkers op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg. Van de respondenten sprak 32 procent zich uit voor de behoefte aan contacten. Geen behoefte aan contacten had 57 procent der respondenten. De overige 11 procent gaf op deze vraag geen antwoord. Bijna alle respondenten die behoefte hebben aan contacten met personen, instanties en instellingen op het gebied van de gezondheidszorg, noemen de maatschappelijke werkers, de wijkverpleegsters of allebei; soms nog in combinatie met meer contacten met gemeentelijke instanties. In welke vorm dit zou moeten, is de huisartsen die wel behoefte hebben aan deze contacten kennelijk nog een raadsel; meer dan 50 procent geeft geen antwoord. De andere respondenten spreken zich grotendeels uit voor een vaste overlegvorm, wil dit overleg nut hebben.

Het leek ook in deze zinvol na te gaan of de N.H.G.-leden meer behoefte hadden aan deze contacten, vooral ook door de literatuur in „huisarts en wetenschap” over „home-team”, samenwerking arts-maatschappelijk werk, arts-wijkverpleging, en wat dies meer zij. Deze samenhang is weergegeven in tabel 18. Er is inderdaad een significant

Tabel 14. De respondenten naar behoefte aan overleg.

Geen antwoord	18 ( 12)
Geen behoefte tot overleg	33 ( 22)
Eens per dag	4 ( 7)
Eens per week	7
Twee- tot driemaal per maand	23 ( 16)
Eens per maand, eventueel nog iets minder	63 ( 43)
Totaal	148 (100)

Tabel 15. De respondenten naar bereidheid hiervoor tijd vrij te maken.

Geen antwoord	35 ( 23)
Geen tijd	16 ( 11)
Een uur per dag	4 ( 15)
Een tot twee uur per week	15
Twee tot drie uur per week	55 ( 37)
Een uur per maand	23 ( 16)
Totaal	148 (100)

Tabel 16. De respondenten naar behoefte aan overleg en naar N.H.G.-lidmaatschap.

Overleg-behoefte	N.H.G.-lidmaatschap		Totaal
	Neen	Ja	
Veel	4 ( 8)	7 ( 15)	11 ( 11)
Vrij veel	7 ( 15)	16 ( 33)	23 ( 24)
Matig	37 ( 78)	25 ( 52)	63 ( 65)
Totaal	48 (100)	48 (100)	96 (100)

$x^2 = 6,66$ ;  $df = 2$ ;  $.02 < p < .05$ .

Tabel 17. De respondenten naar bereidheid tijd uit te trekken voor overleg en naar N.H.G.-lidmaatschap.

Bereidheid	N.H.G.-lidmaatschap		Totaal
	Neen	Ja	
Veel	5 ( 11)	14 ( 29)	19 ( 20)
Vrij veel	27 ( 57)	28 ( 57)	55 ( 57)
Matig	15 ( 32)	7 ( 14)	22 ( 23)
Totaal	47 (100)	49 (100)	96 (100)

$x^2 = 7,15$ ;  $df = 2$ ;  $.02 < p < .05$ .

Tabel 18. De respondenten naar behoefte aan samenwerking met werkers op het gebied der maatschappelijke gezondheidszorg en naar N.H.G.-lidmaatschap.

Samenwerking met niet-collegae	N.H.G.-lidmaatschap		Totaal
	Neen	Ja	
Ja	13 ( 19)	34 ( 56)	47 ( 36)
Neen	57 ( 81)	27 ( 44)	84 ( 64)
Totaal	70 (100)	61 (100)	131 (100)

$x^2 = 17,99$ ;  $df = 1$ ;  $p < .001$ .

Tabel 19. De respondenten naar behoefte aan samenwerking met werkers op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg en naar geboortjaar.

Samenwerking met niet-collegae	Eerder dan 1910	1910-1919	1920-1929	1930 en later	Totaal
Ja	2 ( 11)	7 ( 27)	19 ( 36)	19 ( 54)	47 ( 36)
Neen	16 ( 89)	19 ( 73)	34 ( 64)	16 ( 46)	85 ( 64)
Totaal	18 (100)	26 (100)	53 (100)	35 (100)	132 (100)

$\chi^2 = 10,89$ ;  $df = 3$ ;  $.001 < p < .01$ .

verband tussen het N.H.G.-lidmaatschap en de behoefte aan deze contacten.

Kennelijk is het kennismaken van literatuur over een dergelijke experimentele samenwerking met maatschappelijk werk en wijkverpleging mede van invloed op het idee hieraan iets meer te willen doen. Hoewel wij verwachtten dat de behoefte aan deze contacten zou toenemen met de verstedelijking van de woonplaats, blijkt dit niet significant te zijn. Anders ligt dit met het geboortjaar (tabel 19).

Wij zien dat de jongste groep huisartsen zich duidelijk uitsprekt voor meer behoefte aan deze contacten en dat deze behoefte afneemt met het ouder worden.

De correlatie van laatstgenoemde variabele met andere samenwerkingsvariabelen, zoals behoefte tot overleg met collegae-huisartsen, samenwerking op het gebied van voorzieningen en dergelijke geven een aanwijzing, dat die huisartsen die weinig voelen voor samenwerking met collegae ook geen grote behoefte tot contacten met bijvoorbeeld maatschappelijk werk en wijkverpleging zullen hebben.

Tot zover dit verslag over een onderzoek in de provincie Groningen onder de huisartsen om te komen tot een beter inzicht wat er gaande is op het gebied van samenwerking onder de huisartsen en wat er leeft aan behoefte tot samenwerking. Dat het N.H.G.-lidmaatschap een stimulerende werking in deze vormt, komt duidelijk naar voren.

*Summary. Report on an inquiry into cooperation between general practitioners in the Province of Groningen.* An inquiry into cooperation was held among practising general practitioners in the Province of Groningen, of whom some 78 per cent responded. Aspects of cooperation on which the inquiry focused were joint observations, joint provisions and consultations, while the need for contact with workers in the field of social health care was mentioned in passing. The inquiry disclosed that NHG membership was an important factor. For the readers of *huisarts en wetenschap*, this finding is further analysed with reference to possible influences such as place of residence (according to degree of urbanization) and year of birth of the respondents. A significant correlation was found between the NHG membership and return of the completed questionnaire; also, younger practitioners proved to be more inclined to respond, so that the group covered by the inquiry is not quite representative of all general practitioners in the Province of Groningen. The importance of joint observations is understood, regardless of NHG membership, residence or year of birth of the respondents; the same applies to joint provisions.

However, if the factual types of practice of the respondents are compared with the type of practice preferred, then there is a clear statement in favour of a more cooperative type of practice. Twenty per cent even expressed preference for a type of practice (joint premises and nearly all also joint financial arrangements), which closely approximates a group practice. Objections made often concern the financial aspect, but sometimes concern the personal sphere. In regard to mutual consultation the NHG group emerges more clearly; 33 per cent of the respondents have already adopted regular consulting, and 75 per cent mention incidental consultations.

A significant correlation was found between NHG membership and regular consultation between general practitioners, but also between age and regular consultation. The type of residence was of no importance in this respect. However, NHG members have no more frequent incidental consultations than non-members; incidental consultation did prove to diminish with increasing urbanization and increasing age. NHG members are also more inclined to seek cooperation with regard to social work, district health visiting, etc. The same was found to apply to the younger general practitioners.