

De zorg voor continuïteit door huisartsengroepen

A.H.J. VAN DE RIJDT-VAN DE VEN

Bij 50 huisartsengroepen is onderzocht welke opvattingen de betrokken huisartsen hebben over de taken van een huisartsengroep ten aanzien van de zorg voor continuïteit. Ook is nagegaan welke activiteiten bij hen de voorkeur hebben, hoe op dit moment de stand van zaken bij de uitvoering is, en wat hun plannen voor de toekomst zijn. De gegevens zijn verzameld via een schriftelijke enquête onder alle leden van de onderzochte groepen en een interview met een vertegenwoordiger per groep. De continuïteit van de bereikbaarheid/beschikbaarheid blijkt redelijk goed geregeld, zij het vatbaar voor verbetering. Waarneming wordt in toenemende mate geregeld via contracten. Afstemming van het medisch inhoudelijke beleid krijgt minder aandacht. Afstemming van beleid via onderling overleg en gezamenlijke deskundigheidsbevordering geniet de voorkeur boven bindende afspraken.

Van de Rijdt-van de Ven AHJ. De zorg voor continuïteit door huisartsengroepen. Huisarts Wet 1993; 36(2): 56-8.

A.H.J. van de Rijdt-van de Ven, Stichting O&O – Project Huisartsengroepen, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

De LHV heeft in 1987 de omvorming van waarneemgroepen tot huisartsengroepen tot hoeksteen van haar beleid gemaakt.¹ De Stichting O&O voert in opdracht van LHV en WVC een project uit om de ontwikkeling van huisartsengroepen te stimuleren en te ondersteunen. In het kader van dit project wordt een vierjarig onderzoek uitgevoerd naar de factoren die de totstandkoming en het functioneren van huisartsengroepen beïnvloeden.

Aan voorwaarden voor taakuitbreiding binnen de waarneemgroep (groeps grootte en vergaderfrequentie) wordt in toenemende mate voldaan en groepen zijn reeds op tal van gebieden actief.²⁻⁴ Over het feitelijk functioneren van waarneem/huisartsengroepen is echter weinig bekend. Daarom is in gekozen voor een gedetailleerde studie bij een beperkt aantal geselecteerde groepen met als eerste meting een beschrijvend onderzoek.

De eerste meting is eind 1991 afgesloten. Deze rapportage is beperkt tot de gegevens die specifiek betrekking hebben op het regelen van de continuïteit van zorg. De vraagstelling luidt:

- In welke mate achten groepen zichzelf verantwoordelijk voor continuïteit in bereikbaarheid/beschikbaarheid en wat zijn hun activiteiten op dit gebied?
- In welke mate achten groepen zichzelf verantwoordelijk voor continuïteit met betrekking tot het medisch inhoudelijk beleid en wat zijn hun activiteiten op gebied?
- Welke plannen hebben de groepen voor toekomstige activiteiten op deze gebieden?

Methode

De onderzoeksgroepen zijn afkomstig uit vier LHV-districten, die op onderdelen vergelijkbaar zijn en samen een goede spreiding over het land geven. In één district werden alle 36 waarneem/huisartsengroepen aangeschreven; hiervan waren er 12 bereid tot deelname, terwijl zij tevens voldeden aan de voorwaarden. Via de overige districts bureaus werden groepen op-

gespoord die plannen hadden voor of reeds bezig waren met de vorming van een huisartsengroep. Van de aldus benaderde 55 groepen deden er 38 mee.

Van deze 50 huisartsengroepen bestaan er 33 al langer dan 10 jaar; 8 groepen bestaan 2-10 jaar en 9 groepen zijn na 1990 ontstaan door herindeling of samengaan van waarneemgroepen. De 50 huisartsengroepen (392 huisartsen) tellen samen 61 waarneemverbanden. De gegevens over de regeling van de waarneming hebben betrekking op 59 waarneemverbanden (van 2 waren onvoldoende gegevens beschikbaar); de overige gegevens hebben betrekking op alle 50 huisartsengroepen.

Alle 392 huisartsen ontvingen een vragenlijst met vragen over opvattingen en verwachtingen ten aanzien van de taken van een huisartsengroep, de stand van zaken binnen de groep en persoons- en praktijkkenmerken. Na samenvatting van de gegevens op groepsniveau werd een interview met gehouden met een vertegenwoordiger van elke groep; daarbij werd gevraagd naar activiteiten, voorgeschiedenis en plannen; tevens werd schriftelijk materiaal opgevraagd (onder andere waarneemovereenkomsten, en afspraken- en besluitenlijsten).

Aangehouden werd dat een groep een taak uitvoerde, als minstens 70 procent van de leden de betreffende vraag met ja beantwoordde. Bij een score tussen 30 en 70 procent werd gebruik gemaakt van de aanvullende informatie uit het interview.

Resultaten

Het garanderen van 7x24 uur bereikbaarheid/beschikbaarheid en van continuïteit in het medisch beleid in de thuiszorg worden door de overgrote meerderheid van de ondervraagde huisartsen beschouwd als kerntaken (tabel 1). Activiteiten die direct verband houden met de waarneming genieten de hoogste voorkeur, gevolgd door farmacotherapie-overleg (tabel 2).

Bereikbaarheid /beschikbaarheid

Van de 59 waarneemverbanden hebben er 28 een waarneemovereenkomst en -regle-

ment, terwijl 8 verbanden een andersoortige overeenkomst hebben (stedelijke overeenkomst, contract als groepspraktijk/gezondheidscentrum).

Negen waarneemverbanden hebben hun overeenkomst opgesteld na het verschijnen van de LHV-richtlijnen. In een aantal andere gevallen is een bestaande

overeenkomst herzien naar aanleiding van de nota.

Het opstellen of herzien van overeenkomst en reglement heeft de meeste groepen veel tijd gekost, vaak zes maanden of zelfs een jaar. Onderdelen die veel discussie hebben opgeroepen, zijn de termijn voor waarneming bij ziekte, de verdeling

van diensten, het al of niet instellen van een vaste achterdienst, en de afgrenzing van de waarneemregio. Duidelijke richtlijnen helpen bij het doorhakken van knopen, zo blijkt uit de interviews.

In 34 waarneemverbanden zijn de grenzen van de waarneemregio nauwkeurig vastgelegd, in 21 is dat globaal gedaan. In 13 waarneemverbanden wordt, nadat de grenzen zijn vastgesteld, een actief afstotingsbeleid gevoerd; het gaat daarbij steeds om kleine aantallen patiënten. De discussie over afgrenzing blijkt lastig, doordat vooral hier argumenten met betrekking tot kwaliteit en financiën tegen elkaar moeten worden afgewogen. De LHV-richtlijn voor een 15-minuten-grens wordt vrijwel altijd aangehouden; 88 procent van de geïnterviewde groepsvertegenwoordigers zegt bij spoedgevallen binnen 15 minuten iedere patiënt in het waarneemgebied te kunnen bereiken.

Regio's die alleen op dat criterium zijn gebaseerd, blijven vrij groot. Groepen met een grote regio zoeken eerder een oplossing in extra voorzieningen, zoals achterdienst en autotelefoon, dan in splitsen. Volgens de LHV-richtlijn is achterdienst bij 15.000 zielen aanbevolen en bij meer dan 20.000 zielen verplicht.^{5,6} Zes van de 20 waarneemverbanden met meer dan 20.000 zielen hebben geen eigen achterdienst, maar wel afspraken met een aangrenzende waarneemgroep over beschikbaarheid bij dubbele spoedaanvragen. Slechts één van de 17 groepen met 15.000-20.000 zielen heeft een eigen achterdienst; 5 groepen hebben afspraken met naburige groepen. De extra belasting vormt het grootste bezwaar, te meer omdat 'dubbele spoedgevallen' uiterst zeldzaam zijn. Men rekent erop dat in noodsituaties altijd wel een van de leden via de privé telefoon oproepbaar is. In een aantal waarneemovereenkomsten is een verplichting tot bijspringen in noodsituaties opgenomen.

Groepen met meer dan 30.000 zielen zouden volgens de LHV-richtlijnen moeten worden gesplitst. Zeven waarneemverbanden zitten boven dat aantal. Over splitsing wordt wel gepraat, maar de groepen aarzelen wegens de toename van het

Tabel 1 *Opvattingen huisartsen over taken en realiseerbaarheid van die taken. Percentages (n=354)*

	Kerntaak	Moeilijk uitvoerbaar
7x24 uur bereikbaarheid	90	4
Medische continuïteit thuiszorg	90	4
Deskundigheidsbevordering/toetsing	65	22
Eenheid in beleid	45	33
Overleg specialist	48	28
Overleg apotheker	69	12
Overleg wijkverpleegkundige	51	25
Deelname in RHV-beleid	59	6

Tabel 2 *Voorkeur huisartsen (scores op een 10-puntsschaal) voor activiteiten. Percentages (n=354)*

	10	7-9	4-6	1-3
Regels overdracht	42	44	11	3
Nabespreken diensten	17	66	15	2
Casuïstiekbespreking	10	57	28	5
Farmacotherapeutisch overleg	15	61	20	4
Bespreking NHG-standaarden	8	53	32	7
Themabesprekingen	2	27	46	25
Nascholingsbeleid	4	29	43	24
Inhoudelijke afspraken waarneming	12	53	28	7
Inhoudelijke afspraken algemeen	6	50	37	7

Tabel 3 *Uitvoering deskundigheidsbevordering in de huisartsengroepen. Percentages (n=50)*

	≥1x per 2 maanden	<1x per 2 maanden
Casuïstiek	26	28
Farmacotherapeutisch overleg	34	22
Bespreking NHG-standaarden	12	30
Onderlinge toetsing	6	
Rapportage externe nascholing		32
Overige nascholing	12	14

aantal diensten per arts die daar het gevolg van zou zijn.

Voor kleine waarneemverbanden (2 tot 4 artsen) vormt de weekendwaarneming een toenemend probleem. Het dilemma tussen samengaan met een andere groep en daardoor minder diensten per arts en een (te grote) regio houdt menig klein waarneemverband bezig.

Medisch beleid

Alle waarneemverbanden hebben vaste regels of gewoonten voor de overdracht. In de waarneemovereenkomsten zijn daar ook vrijwel altijd een of meer artikelen over opgenomen. Overdracht vooraf vindt voor het grootste deel mondeling/telefonisch plaats (71 procent). De overdracht achteraf is bij 28 waarneemverbanden schriftelijk, en bij 17 schriftelijk in combinatie met een nabespreking tijdens het waarneemoverleg.

Waarneemverbanden met een afzonderlijk waarneemoverleg vinden het belangrijk dat men goed op de hoogte is van elkaars werkwijzen en dat ieder lid van de groep bekend is met de patiënten die extra zorg vragen. Bij 10 waarneemverbanden zou volgens het interview de overdracht vooraf beter kunnen worden geregeld, bij 4 de overdracht na afloop.

Incidenten tijdens de waarneming (foute inschattingen, nalatigheden, onderlinge kritiek op het gevoerde beleid) komen volgens de interviews in 13 waarneemverbanden nooit of zeer zelden ter sprake; in de overige waarneemverbanden gebeurt dat slechts incidenteel. Van de geïnterviewde vertegenwoordigers vindt 53 procent de sfeer in de groep voldoende open om over incidenten te kunnen praten.

Naast overdracht en bespreking van incidenten is gezamenlijke deskundigheidsbevordering een middel om inhoudelijke continuïteit te bevorderen. Slechts 5 huisartsengroepen kennen geen enkele vorm van gezamenlijke deskundigheidsbevordering; bij 27 gaat het om een regelmatig terugkerende activiteit (tabel 3). Deskundigheidsbevordering is vrijwel altijd ongestructureerd; er wordt slechts door enkele groepen gebruik gemaakt van bestaande methoden of handleidingen.

Ruim de helft van de onderzochte groepen heeft ten aanzien van een of meer onderwerpen consensus over het prescriptiebeleid; 17 groepen konden drie of meer afspraken uit het recente verleden noemen. Consensus over medisch beleid in het algemeen komt slechts voor bij 4 groepen, in alle gevallen in combinatie met prescriptieafspraken.

Voor de meeste groepen betekent de consensus een aanbeveling; het is géén verplichting en er wordt veel nadruk gelegd op het behoud van de eigen verantwoordelijkheid. In 7 huisartsengroepen wordt de consensus als een bindende afspraak gezien en zal men elkaar daar ook op aanspreken.

Bij 3 groepen zijn in de waarneemovereenkomst inhoudelijke afspraken opgenomen. Die beschrijven vooral wat niet mag (onder andere geen alternatieve behandelingen, beperkt voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen).

Plannen

De meeste groepen zijn niet expliciet in hun doelstellingen en plannen; zes groepen hebben in hun waarneemovereenkomst wat meer uitgebreide doelstellingen opgenomen. Op schrift gestelde plannen werden slechts in één groep aangetroffen.

Het hoogst scoren plannen ter verbetering van de interne organisatie (25 groepen) en deze plannen zijn ook het meest concreet. Min of meer concrete plannen voor het verbeteren van de waarneming volgens de LHV-richtlijnen bestaan in 12 groepen; 16 groepen zijn voornemens meer te gaan doen aan onderlinge deskundigheidsbevordering.

Beschouwing

Duidelijk is dat de voorwaarden voor continuïteit in de 50 onderzochte groepen in redelijke mate aanwezig zijn. In hoeverre de continuïteit van zorg hierdoor ook feitelijk wordt verhoogd, is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Daarnaast valt er nog wel wat te verbeteren. Waarneemcontracten ontbreken bij bijna een kwart van de onderzochte waarneemverbanden

en zijn daar ook niet in voorbereiding. De continuïteit in medisch inhoudelijk beleid is goed geregeld bij de overdracht voor en na de diensten; andere vormen krijgen minder aandacht. Opvallend is het grote aantal groepen dat bij verscheidene onderwerpen consensus heeft over het gewenste voorschrijfbeleid, al zijn bindende afspraken zeldzaam.

Het feit dat men inziet dat taakuitbreiding voor de huisartsengroepen onvermijdelijk is, wil niet zeggen dat men er ook met volle inzet aan mee wil werken. Tijdens de eerste meting vormde de mogelijke onderbrenging van de huisartsgeneeskunde in de AWBZ een voortdurende dreiging. Nu een en ander is uitgesteld (of zelfs afgesteld), zou de animo weleens kunnen afnemen. De verdere ontwikkeling zal voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van het plezier en de voordelen die de leden zelf zullen ervaren bij deze nieuwe wijzen van samenwerken. Bij de verdere stimulering van huisartsengroepen is het daarom zaak die aantrekkelijke kanten te benadrukken.

Dankbetuiging

Met dank aan dr. D. de Bakker (Nivel), drs A. Willink (Stichting O&O) en drs. J. Gijzeman (Stichting O&O).

Literatuur

- 1 De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota LHV. Utrecht: LHV, 1987.
- 2 Crebolder HFJM. Opnieuw: intercollegiale toetsing via waarneemgroepen. Een haalbare kaart? Huisarts Wet 1985; 28: 168-9.
- 3 Resultaten enquête waarneemgroepen. Informatief VOH-Brabant West 1989; 1-2, 6-21.
- 4 Van de Hombergh P, Jacobs R. Van waarneemgroep naar huisartsengroep. Een enquête in Groot Gelre. Med Contact 1991; 46: 824-6.
- 5 De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht: LHV, 1989.
- 6 Waarneming boven 20.000 zielen niet verboden. Ledenbrief LHV 1991; 4.
- 7 Van Campen MMJ. 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen. Med Contact 1989; 44: 772-3. ■