

**Samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen
bij de toegeleiding in de Medische Opvang Asielzoekers:
het belang van visie, gedeelde verantwoordelijkheid en het vastleggen van afspraken**

M.P.M. Bekker en A. Nieboer,
Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg,
Erasmus MC

E.S.M. Goosen,
Landelijk Service Bureau MOA, GGD Nederland

A.J.A.van Raak,
Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg,
Universiteit Maastricht

Correspondentie:

M.P.M. Bekker
Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus MC
Kamer L4-54
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
010-4088579
bekker@bmg.eur.nl

**Samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen
bij de toegeleiding in de Medische Opvang Asielzoekers:
het belang van visie, gedeelde verantwoordelijkheid en het vastleggen van afspraken**

SAMENVATTING

Sinds 2000 worden asielzoekers door praktijkverpleegkundigen van de Medische Opvang Asielzoekers (MOA) voor diagnostiek en behandeling 'toegeleid' naar reguliere huisartsen. Hierbij beoordeelt de praktijkverpleegkundige of de hulpvraag van de asielzoeker zogenaamde zelfzorg betreft of dat de asielzoeker doorverwezen moet worden naar de huisarts. Om te onderzoeken hoe de samenwerking in de toegeleiding verloopt en welke factoren hierop van invloed zijn, is een survey verricht onder huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers (N=342) en praktijkverpleegkundigen van de MOA (N=332). De samenwerking is geoperationaliseerd in termen van de hoeveelheid werkafspraken en besprekingen, en de waardering voor de samenwerking. Factoren die de samenwerking naar verwachting beïnvloeden zijn de lokale context, het draagvlak onder huisartsen en praktijkverpleegkundigen en hun persoonsgebonden kenmerken. Uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen en praktijkverpleegkundigen gemiddeld drie (overwegend mondelinge) werkafspraken hebben, dat 80% van beide groepen een patiëntenbespreking houdt en dat zij de samenwerking gemiddeld beoordelen met een 4 op een vijfpuntsschaal van heel slecht (1) tot heel goed (5). Echter, een groot deel van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen, die als koppel samenwerken op dezelfde lokatie, verschillen van mening over de inhoud en vorm van de afspraken. Hoewel de toegeleiding beschouwd wordt als een gedelegeerde taak, zien veel huisartsen zichzelf niet als eindverantwoordelijke. Multiple lineaire regressie toonde aan dat een gedeelde visie op de toegeleiding en een betere informatievoorziening naar de huisartsen de samenwerking bevordert. Praktijkverpleegkundigen waarderen de samenwerking beter indien werkafspraken en overleg met de huisarts duidelijk zijn vastgelegd.

Trefwoorden: substitutie van zorgtaken, nurse practitioner, praktijkverpleegkundige

KERNPUNTEN

- Om werkelijk inzicht te krijgen in een samenwerkingsrelatie is het noodzakelijk gegevens te verzamelen op het niveau van afzonderlijke samenwerkende koppels.
- Ondanks dat het bij multidisciplinaire en interorganisationale samenwerking voor de hand ligt om op organisatorisch en uitvoerend niveau te komen tot een expliciete uitwisseling over de visie op de zorg, het vastleggen van afspraken en de verdeling van verantwoordelijkheden, blijken die voor de betrokkenen niet altijd duidelijk te zijn, wat vraagt om een continue investering.
- Dat praktijkverpleegkundigen de samenwerking beter waarderen als zij afspraken en besprekingen hebben, terwijl dit effect bij de huisartsen niet is waargenomen, wijst, ook als de fysieke afstand tussen arts en verpleegkundige groot is, eerder op een afhankelijkheidsrelatie dan op een onderhandelingsrelatie tussen verpleegkundige en arts.

INLEIDING

Er is in Nederland in toenemende mate sprake van zorgnetwerken, waarbij diverse zorginstellingen samenwerken om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten. Hiervoor is een goede samenwerking tussen de instellingen onmisbaar.[1,2] Naast de opkomst van deze zogenaamde zorgnetwerken is er een beleidsmatige discussie gaande over de substitutie van artsen door verpleegkundigen in de uitvoering van medische zorgtaken.[3-5] Substitutie tussen disciplines kan zowel een intrinsieke als een extrinsieke aanleiding hebben. Een intrinsieke reden is de behoefte om taken die zich richten op verzorging en behandeling te combineren. Een extrinsieke reden ligt in de hoge werkdruk van artsen, die in de toekomst niet zal afnemen.[3]

Beide redenen waren aanleiding om een gedelegeerde taak te creëren voor praktijkverpleegkundigen in de Medische Opvang Asielzoekers (MOA): de toegeleiding. Zo omvatten de zorgbehoeften van asielzoekers voor een deel het verbeteren van zelfzorgkennis en vaardigheden. In de contacten met asielzoekers geeft de praktijkverpleegkundige dan ook individuele voorlichting over zelfzorg. Daarnaast beoordeelt de praktijkverpleegkundige of de asielzoeker doorverwezen moet worden naar de huisarts. Aangezien de toegeleiding in sommige gevallen grenst aan medische diagnostiek, dient de huisarts de praktijkverpleegkundige inhoudelijk aan te sturen, omdat de laatste hiervoor niet voldoende medische deskundigheid bezit.[7,8] Mede daarom maakt de MOA deel uit van een zorgnetwerk. Ten behoeve van de diagnostiek van patiënten worden samenwerkingsverbanden onderhouden met de reguliere huisarts.[6] De toegeleiding is dus te beschouwen als een gedelegeerde taak in een multidisciplinair, interorganisatieel samenwerkingsverband.

In 1997 is de curatieve zorg van het COA (Centraal orgaan Opvang Asielzoekers) overgegaan naar de reguliere huisartsen. Vervolgens is in 2000 de preventieve zorg overgeheveld naar de GGD'en waarvoor zeven regionale MOA Stichtingen zijn opgezet. In de tussenliggende periode zijn er weinig formele afspraken gemaakt over de wijze van samenwerken in de toegeleiding. Er zijn dan ook grote verschillen waar te nemen in de uitvoering van de toegeleiding en de onderlinge samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts.

De vraag die in dit artikel centraal staat is:

Hoe verloopt de samenwerking tussen reguliere huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA bij de toegeleiding van asielzoekers door de praktijkverpleegkundige naar de huisarts, en welke factoren verklaren de verschillen in samenwerking?

Theorie

De samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen wordt opgevat als een gemeenschappelijk handelingsscenario.[9] Dit betekent, dat vanuit interactionistisch perspectief wordt verondersteld dat het handelen van de huisartsen en praktijkverpleegkundigen niet zozeer wordt bepaald door samenwerkingsafspraken en regels, maar door de betekenis die zij daaraan hechten.[10] In eerder onderzoek is aangetoond dat de samenwerkingsrelatie tussen verpleegkundige en arts in een intramurale setting vooral wordt gekenmerkt door de beperkte aanwezigheid en werkdruk van de artsen en minder door onderhandelingen tussen de arts en de verpleegkundige.[5]

De samenwerking tussen de praktijkverpleegkundige van de MOA en de huisarts als zelfstandig ondernemer is multidisciplinair, vanwege de betrokkenheid van verschillende professies, maar ook interorganisatieel. De toegeleiding heeft dan ook te maken met de daarbij behorende institutionele beperkingen van het juridische, organisatieel en financiële kader. In juridisch opzicht bieden de WGBO en de BIG wet onvoldoende houvast om de patiëntenrechten en de kwaliteit van de zorg geheel te waarborgen in de toegeleiding.[7] In financieel opzicht wordt de MOA-zorg uit een andere bron gefinancierd dan de huisartsenzorg en roept de extra vergoeding, die huisartsen als ondersteuning ontvangen voor het aantal asielzoekers in de praktijk, de vraag op welke extra inspanningen huisartsen zich getroosten ten aanzien van de toegeleiding en de samenwerking met de praktijkverpleegkundige. In dit onderzoek concentreren wij ons op het interorganisatieel kader, waarin de multidisciplinaire samenwerking tussen de vrijgevestigde huisarts en de MOA praktijkverpleegkundige in de toegeleiding plaatsvindt.

Om de probleemstelling te onderzoeken is een onderzoeksmodel ontwikkeld dat voor een belangrijk deel is gebaseerd op een model over zorgnetwerken, zodat ook het

interorganisatiele karakter van de samenwerking onderzocht kan worden [1,2] (zie figuur 1).

-figuur 1-

Het onderzoeksmodel bestaat uit de lokale context van de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts, het draagvlak voor toeleiding en samenwerking, en de persoonsgebonden factoren van praktijkverpleegkundigen en huisartsen.

Het resultaat van samenwerking (de afhankelijke variabele) bestaat uit de vorm en inhoud van afspraken en overleg, en uit de waardering door praktijkverpleegkundigen en huisartsen van de samenwerking. De veronderstellingen ten aanzien van de invloed op de samenwerking bestaan kort samengevat uit het volgende. De lokale context en de persoonsgebonden factoren kunnen zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op de samenwerking. Een deel van deze invloed wordt via het draagvlak uitgeoefend. Wij verwachten dat het draagvlak positief correleert met de samenwerking. Een overzicht van de hypothesen ten aanzien van de samenwerking is te vinden in tabel 5.

METHODEN

Populatie

De operationalisering van de begrippen lokale context, draagvlak en persoonsgebonden kenmerken¹, vond plaats op basis van literatuuronderzoek, oriënterende gesprekken met vertegenwoordigers van de landelijke organisaties GGD Nederland, LHV en VGZ, en vier semi-gestructureerde interviews met praktijkverpleegkundigen en huisartsen. De vragenlijst werd in februari 2002 verzonden aan alle praktijkverpleegkundigen van de MOA (N=332) en reguliere huisartsen die zorg verlenen aan asielzoekers in Nederland (N=342). In maart 2002 werd een herinneringsbrief verstuurd. De respons bedraagt 79% onder de praktijkverpleegkundigen (N=261) en 53% onder de huisartsen (N=181). Er is een telefonische non-responsanalyse verricht, waarbij negen huisartsen aangaven de

¹ Informatie hierover is op te vragen bij de eerste auteur.

vragenlijst niet te hebben geretourneerd vanwege een te hoge werkdruk en 13 vanwege enquête-moeite. De kenmerken van de respondenten staan in tabel 1.

Meetinstrument

Voor praktijkverpleegkundigen en huisartsen is een aparte schriftelijke vragenlijst opgesteld om de waardering voor samenwerkingstaken te kunnen onderzoeken. De vragen en antwoordcategorieën zijn deels afkomstig uit de semi-gestructureerde interviews met twee huisartsen en twee praktijkverpleegkundigen. Om de validiteit van de vragenlijsten verder te verbeteren, zijn deze getest door vier andere huisartsen en praktijkverpleegkundigen en vervolgens aangepast.

Analyses

De antwoorden van de groep huisartsen en de groep praktijkverpleegkundigen zijn door middel van χ^2 -toetsen met elkaar vergeleken voor wat betreft de vorm en inhoud van de samenwerking en hoe zij deze waarderen (de groepenanalyse). Vervolgens zijn de binnen één centrum met elkaar samenwerkende praktijkverpleegkundigen en huisartsen aan elkaar gekoppeld (de koppelanalyse). Het doel hiervan was te bepalen in hoeverre men het binnen de samenwerkende koppels met elkaar eens is over verschillende aspecten van de samenwerking. Bovendien was het mogelijk na te gaan of de resultaten van de groepenanalyse vertekend zijn, doordat huisartsen en praktijkverpleegkundigen hebben gerepsondeerd vanuit verschillende centra. De samenwerkende koppels konden worden samengesteld uit 55% van de praktijkverpleegkundige respondenten en 66% van de deelnemende huisartsen. Aangezien sommige huisartsen met meerdere praktijkverpleegkundigen samenwerken en vice versa is voor elk samenwerkingsverband van beide beroepsgroepen random één respondent geselecteerd om zodoende een één-op-één relatie te kunnen bestuderen (N=91). Met behulp van kruistabellen en Cohen's kappa is nagegaan in hoeverre de koppels het met elkaar eens zijn. Ten slotte is voor zowel de groep huisartsen als voor de groep praktijkverpleegkundigen een multiple regressie analyse uitgevoerd om bevorderende en belemmerende factoren voor de samenwerking te achterhalen. Missende waarden zijn vervangen door het groepsgemiddelde om het verlies

van cases te voorkomen. De waardering van de samenwerking is een samengestelde maat van vier variabelen op een vijfpuntsschaal van zeer slecht (1) tot zeer goed (5)².

RESULTATEN

In tabel 1 en 2 staan de belangrijkste beschrijvende resultaten samengevat.

-tabel 1 en 2-

Uit tabel 1 is af te lezen dat huisartsen en praktijkverpleegkundigen gemiddeld drie mondelinge werkafspraken hebben gemaakt, dat 80% van beide groepen een patiëntenbespreking houdt en dat zij de samenwerking gemiddeld waarderen met een 3,9 op een vijfpuntsschaal. Zo wordt de mate, waarin de afspraken worden nagekomen, gemiddeld gewaardeerd met een 4,3 op een vijfpuntsschaal door zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen. De koppelanalyse geeft echter een genuanceerder beeld van de inhoud van de werkafspraken en de waardering voor de samenwerking. De praktijkverpleegkundige en de huisarts verschillen binnen de samenwerkende koppels vaak van mening, zoals in tabel 2 duidelijk wordt.

Zo verschillen de meningen tussen huisarts en praktijkverpleegkundige over de aanwezigheid van een afspraak over inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige bij 48% van de koppels. Slechts bij 16% van de koppels geven zowel de huisarts als de praktijkverpleegkundige aan dat hierover een afspraak is gemaakt. Daarnaast valt op dat de informatievoorziening vanuit de organisatie volgens één op de drie huisartsen te wensen over laat. Dat de *Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg* bij 38% van de koppels slechts bij één van hen bekend is wijst erop dat die slechts op beperkte schaal gebruikt wordt³. Ten slotte valt uit de koppelanalyse op te maken dat bij één op de drie koppels de huisarts aansturing van de praktijkverpleegkundige nodig vindt, terwijl dit volgens de praktijkverpleegkundige zelf niet nodig is. Mogelijk zijn de huisartsen over de uitvoering van de medische zorgtaken minder tevreden dan de verpleegkundigen.

² Deze vier variabelen zijn: de manier waarop de afspraken worden nagekomen; de telefonische bereikbaarheid; de flexibiliteit (omgaan met onvoorziene omstandigheden); en de mate van overeenkomst tussen de verwachtingen tav de toegeleiding en de praktijk.

³ De Checklist is 6 tot 12 maanden voor de peildatum van dit onderzoek verspreid.

Op basis van de resultaten in tabel 1 kunnen we bovendien constateren dat de specifieke werkervaring met asielzoekers bij de praktijkverpleegkundigen korter is dan bij de huisartsen, terwijl meer praktijkverpleegkundigen dan huisartsen specifieke bijscholing hebben gevolgd. Het initiatief in de samenwerking wordt volgens zowel de huisartsen als de praktijkverpleegkundigen nauwelijks door de huisarts alleen genomen, maar door beiden⁴. Praktijkverpleegkundigen nemen volgens henzelf (42%) meer initiatief dan volgens de huisartsen (24%). Wellicht is daarom slechts 51% van de verpleegkundigen tegen 83% van de huisartsen tevreden over de mogelijkheden, die de huisarts biedt/kan bieden om onzekerheden van de praktijkverpleegkundige te bespreken. Binnen 38% van de samenwerkende koppels is de praktijkverpleegkundige hierover ontevreden, terwijl de huisarts tevreden is (zie tabel 2).

In het verlengde hiervan liggen de antwoorden over de verdeling van de eindverantwoordelijkheid voor de toegeleiding. Van de praktijkverpleegkundigen beschouwt 76% zichzelf als (mede-)eindverantwoordelijk voor de toegeleiding en samenwerking tegen slechts 36% van de huisartsen (zie tabel 1). Een mogelijke verklaring hiervoor is de motivatie van de huisartsen om zorg te verlenen aan asielzoekers. Ruim de helft van hen (52%) geeft aan deze zorg -naast hun reguliere praktijk- op zich te hebben genomen uit maatschappelijk plichtsgevoel. Ruim driekwart (78%) van de praktijkverpleegkundigen verleent juist zorg aan asielzoekers vanuit persoonlijk interesse in de doelgroep, bij de huisartsen is dit slechts bij 48% een belangrijke overweging.

In tabel 3 en 4 worden de resultaten van de multiple lineaire regressie analyses voor respectievelijk de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen weergegeven.

- tabel 3 en tabel 4 -

In deze tabellen worden de verschillende factoren van het verklaringsmodel stapsgewijs toegevoegd aan de regressievergelijking. Achtereenvolgens bespreken we welke factoren van invloed zijn op het aantal afspraken, het aantal besprekingen en de waardering van de samenwerking. Om te beginnen is het aantal afspraken hoger als de Checklist

⁴ In de koppelanalyse wordt het initiatief van de samenwerking volgens slechts 40% van de koppels genomen door de

werkafspraken bekend is bij zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen (hypothese bevestigd, zie tabel 5). Bij de verpleegkundigen gaat een gedeelde visie op de zorg gepaard met meer afspraken, evenals het eigen initiatief in de samenwerking en het bespreken van onzekerheden met de huisarts (hypothese bevestigd). In overeenstemming met de hypothese is het aantal afspraken hoger, naarmate de behoefte aan aansturing van de verpleegkundige groter is. Bovendien heeft dit een negatief effect op de waardering van de samenwerking en geldt dit zelfs nog sterker voor de huisartsen. Dit laat zien dat niet alleen de praktijkverpleegkundigen, maar ook de huisartsen aansturing nodig vinden.

Als het spreekuur op het centrum plaats vindt, zoals in een Onderzoekscentrum (OC) het geval is maar niet in een centrum voor Aanvullende Opvang (AVO), is het aantal besprekingen aanzienlijk hoger volgens zowel de huisartsen als de verpleegkundigen (hypothese bevestigd). Voor huisartsen geldt ook hier dat een grotere behoefte aan aansturing van de verpleegkundige leidt tot meer besprekingen.

De waardering van de samenwerking ten slotte is bij zowel huisartsen als verpleegkundigen hoger als er sprake is van een gedeelde visie op de zorg (hypothese bevestigd), evenals het bespreken van onzekerheden van de verpleegkundige (hypothese verworpen). Huisartsen met meer ervaring in de zorg aan asielzoekers zijn minder tevreden over de samenwerking (hypothese verworpen). Wellicht zijn de recente reorganisaties (zie inleiding) hier een onderliggende verklaring voor. Verpleegkundigen zijn tevredener over de samenwerking als er meer afspraken zijn gemaakt en als er meer besprekingen worden gehouden, terwijl die voor huisartsen geen significante bijdrage leveren.

Bij zowel praktijkverpleegkundigen als huisartsen vormt de overeenkomst in visie de belangrijkste invloedsfactor van de waardering voor de samenwerking (hypothese bevestigd). De overeenkomst in visie tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen levert binnen de samenwerkende koppels op een vijfpuntsschaal een gemiddelde op van 3,9 (sd=0,8) voor de huisartsen, en voor de praktijkverpleegkundigen een gemiddelde van 3,7 (sd=0,9; p=ns) (zie tabel 1).

BESCHOUWING

Op de vraag: *'Hoe verloopt de samenwerking tussen reguliere huisartsen en praktijkverpleegkundigen van de MOA bij de toegeleiding van asielzoekers door de praktijkverpleegkundige naar de huisarts, en welke factoren verklaren de verschillen in samenwerking?'* kunnen we met dit onderzoek het volgende antwoord geven. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen hebben gemiddeld drie mondelinge werkafspraken, 80% van hen houdt een patiëntenbespreking en beide groepen zijn gemiddeld genomen tevreden over de samenwerking .

Uit de vergelijking tussen de resultaten uit de groepen- en de koppelanalyse komen echter drie paradoxale bevindingen naar voren in de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts. Allereerst geeft men aan tevreden te zijn over de manier waarop de afspraken worden nagekomen, terwijl de praktijkverpleegkundigen en huisartsen binnen een deel van de samenwerkende koppels van mening blijken te verschillen over de inhoud van die afspraken. Ten tweede geeft een deel van de huisartsen aan dat inhoudelijke aansturing van de praktijkverpleegkundige nodig is, maar biedt deze volgens een deel van de met hen samenwerkende praktijkverpleegkundigen onvoldoende mogelijkheden om de onzekerheden van de praktijkverpleegkundige te bespreken (zie tabel 2). Ten derde geeft een deel van de huisartsen aan dat de informatievoorziening vanuit de MOA onvoldoende is, terwijl de onder alle centra verspreide *Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg* door 38% van de koppels niet wordt gebruikt.

De belangrijkste invloedsfactoren van de samenwerking (aantal werkafspraken, aantal besprekingen en waardering) zijn vierledig: de lokatie van het huisartsensprekeuur bij de praktijkverpleegkundige op het centrum (lokale context); bekendheid met de *Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg* (lokale context); een gedeelde visie op de zorg (draagvlak); en het bespreken van onzekerheden van de praktijkverpleegkundige met de huisarts (draagvlak).

Het hebben van afspraken en besprekingen heeft vervolgens een positieve waardering van de samenwerking door praktijkverpleegkundigen tot gevolg. Dit effect treffen we niet aan bij de huisartsen. Wellicht kan dit verklaard worden door de

afhankelijke positie van de praktijkverpleegkundige ten opzichte van de huisarts. Het sluit aan bij de stelling van Allen[5], dat de samenwerking niet zozeer wordt gekenmerkt door een onderhandelingsproces tussen arts en praktijkverpleegkundige, maar vooral door de werkdruk van de arts. Bovendien is de toegeleiding voor praktijkverpleegkundigen een dagelijks terugkerend onderdeel van de werkzaamheden, waardoor men iedere dag geconfronteerd kan worden met een gebrek aan afspraken en overleg. Voor de huisarts daarentegen is de zorg aan asielzoekers slechts een onderdeel van zijn werkzaamheden, waardoor het belang van afspraken en overleg wellicht minder groot is voor huisartsen.

Verder valt op, dat de verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk is, ondanks het feit dat de toegeleiding een gedelegeerde taak is van de huisarts aan de praktijkverpleegkundige. Aangezien vooral huisartsen de informatievoorziening niet als optimaal ervaren, kan het zijn dat zij ook minder goed weten wat hun verantwoordelijkheid in de toegeleiding en samenwerking is.

Als we de bruikbaarheid van het model beschouwen, dan zien we dat de verklaarde variantie voor de waardering van de samenwerking redelijk hoog is voor zowel de praktijkverpleegkundigen (40%) als de huisartsen (26%). De hogere verklaarde variantie bij praktijkverpleegkundigen wordt veroorzaakt door de belangrijke rol die het hebben van werkafspraken en besprekingen speelt.

Tot slot concluderen wij dat een goede samenwerking tussen de huisarts en praktijkverpleegkundige berust op de volgende noodzakelijke voorwaarden: een gedeelde visie op de zorg, het (schriftelijk) vastleggen van afspraken om de praktijkverpleegkundige te ondersteunen en de uitvoering van de toegeleiding te kunnen verantwoorden en een gedeelde verantwoordelijkheid voor de toegeleiding en de samenwerking. De invloed van (eind)verantwoordelijkheid is in de regressie analyse weliswaar niet significant, maar het delen van verantwoordelijkheid tussen de huisarts, de praktijkverpleegkundige (en de MOA als werkgever van de laatste) beschouwen wij als de basis waarop verdere afspraken worden gebouwd.

Validiteit en betrouwbaarheid

Er zijn enige methodologische kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek. Om te beginnen zijn er soms grote verschillen van mening binnen de koppels. Deze verschillen zijn niet toe te schrijven aan interpretatieverschillen tussen praktijkverpleegkundigen en huisartsen over de betreffende onderwerpen. In dat geval hadden we ook grotere verschillen aangetroffen bij de vergelijking van de visie van de hele groep huisartsen met de hele groep praktijkverpleegkundigen. Naar onze mening laten de resultaten zien dat het noodzakelijk is gegevens te verzamelen op het niveau van afzonderlijke koppels om werkelijk inzicht te krijgen in de onderlinge samenwerking. Pas dan worden de verschillen goed zichtbaar en kunnen duidelijke conclusies getrokken worden op welke punten de samenwerking verbeterd kan worden.

In dit onderzoek zijn geen interactie effecten onderzocht, alhoewel het aannemelijk is dat een specifieke combinatie van context- en persoonsgebonden factoren bijvoorbeeld het draagvlak voor samenwerking beïnvloeden (zie figuur 1). Bijscholing doet mogelijk de doel- en domeinconsensus toenemen, omdat huisarts en praktijkverpleegkundige hiermee leren inschatten welke bijdrage de ander kan leveren aan de zorg voor de asielzoeker, waardoor de samenwerking beter verloopt. Hetzelfde valt te verwachten als het spreekuur van de huisarts op het centrum plaatsvindt, zodat huisarts en praktijkverpleegkundige meer mogelijkheden hebben om te komen tot doel-, domein- en/of ideologische consensus.

De resultaten kunnen door een selectieve non-respons vertekend zijn. De respons onder huisartsen was relatief laag (53%) en de non-responsanalyse wees op een mogelijke vertekening als gevolg van een hoge werkdruk en enquêtemoeheid. Of dit ook geleid heeft tot een selectie van respondenten met juist meer of minder samenwerkingsproblemen is onduidelijk. Indien er sprake was van één praktijkverpleegkundige die samenwerkte met meerdere huisartsen of één huisarts die samenwerkte met meerdere praktijkverpleegkundigen is bij de koppelanalyse telkens random een koppel gevormd. De kenmerken van de groep deelnemende huisartsen en praktijkverpleegkundigen alsmede van de koppels wijken in ieder geval niet af van de gehele onderzoekspopulatie.

Tot slot rijst de vraag, in hoeverre het mogelijk is causale uitspraken te doen op basis van cross-sectionele gegevens. De veronderstelde causale verbanden in dit onderzoek zijn gebaseerd op een onderzoeksmodel dat in eerder onderzoek empirisch is ontwikkeld.[2] Ondanks het feit dat er slechts één meetmoment was, is causaliteit van deze verbanden hierdoor toch aannemelijk.

Aanbevelingen voor de verbetering van de samenwerking zijn de ontwikkeling van een gedeelde visie op de zorg aan asielzoekers en de rol van de toeleiding daarin; een formeel kader voor de verdeling van verantwoordelijkheden voor de toeleiding en de samenwerking en binnen dat kader een schriftelijke vastlegging van samenwerkingsafspraken op centrumniveau. Recentelijk is door de Landelijke Huisartsen Vereniging, in samenwerking met GGD Nederland en zorgverzekeraar VGZ, een instrumentenset ontwikkeld ten behoeve van de individuele samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts in de MOA.[13] Nader onderzoek naar de implementatie van deze set is nodig om de ondersteuning van de samenwerking in de toeleiding te evalueren. Daarbij zou ook het verband tussen de samenwerking en de werklast van huisartsen en praktijkverpleegkundigen moeten worden geanalyseerd.

De resultaten van dit onderzoek zijn vermoedelijk ook van belang voor de samenwerking tussen huisarts en praktijkverpleegkundige in de reguliere huisartsenzorg. In toenemende mate is ook daar sprake van de inzet van praktijkverpleegkundigen om bepaalde taken van de huisarts over te nemen.[11,12] Het model in figuur 1 lijkt bruikbaar om ook deze samenwerking te evalueren.

ABSTRACT

Interorganisational cooperation between general practitioners and practice nurses from the MOA: the significance of a shared view, shared responsibilities and formal agreements.

A survey was conducted to analyse the multidisciplinary, interorganisational cooperation between practice nurses and GPs in the Medical centre for asylum seekers (MOA). Cooperation is operationalised as agreements on the division of tasks and responsibilities, meetings to evaluate the care provided and the appraisal of the cooperation. The factors that are assumed to have an influence on cooperation are: characteristics of the local context, support by practice nurses and general practitioners, and their personal characteristics, such as work experience. From the results it is clear that practice nurses and general practitioners have an average of three oral agreements, 80% of them discuss the patients' needs and both groups are moderately satisfied with the cooperation. Within the cooperating couples of GP's and practice nurses, however, they do not agree on the content and form of certain agreements. Multiple regression analyses show that formalising agreements is important for practice nurses. Also, opinions differ concerning the final responsibility of the cooperation between practice nurses and GPs and the care provided by the practice nurse. The most important success factor for cooperation is a shared view on the care for asylum seekers.

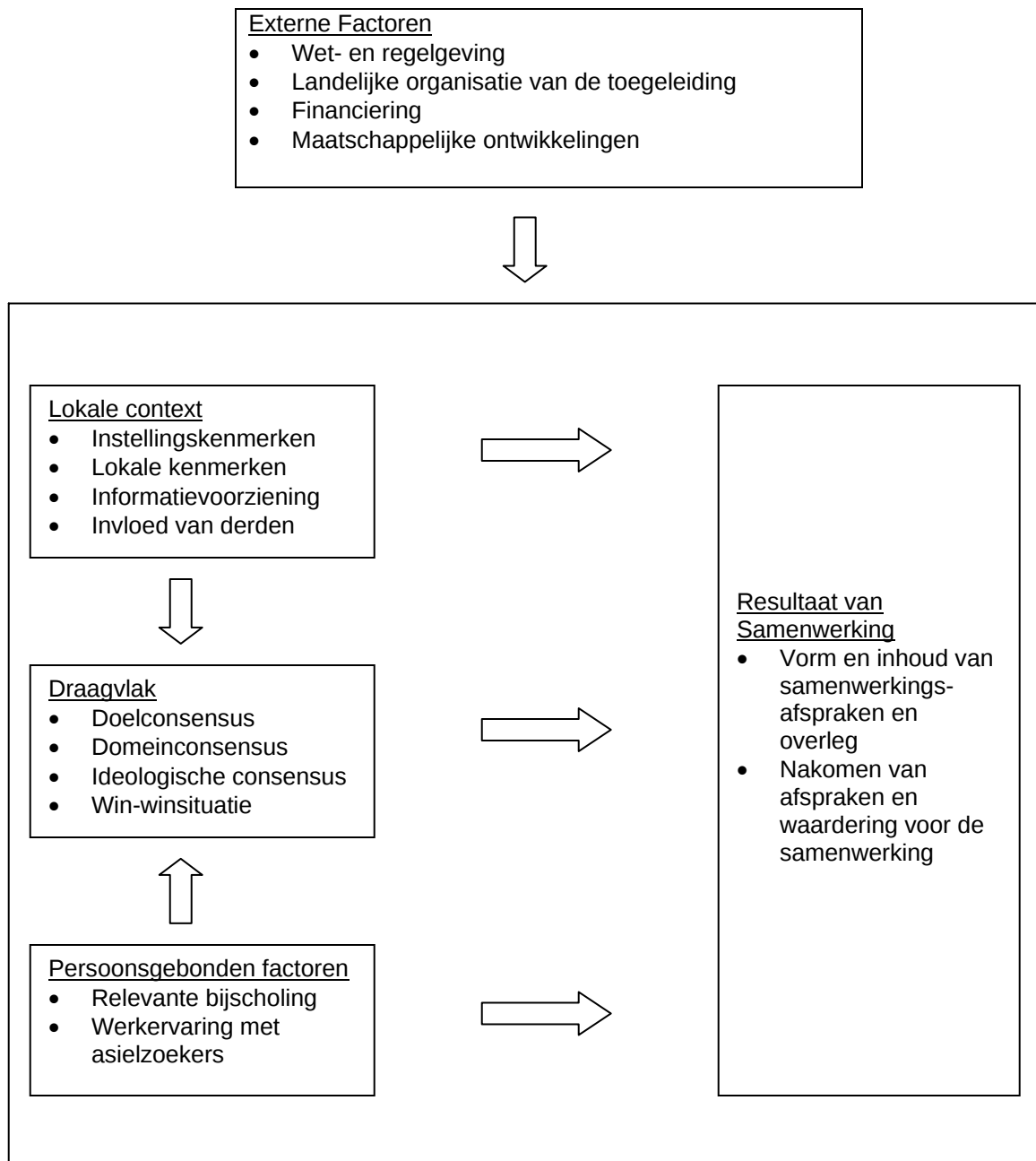
Key words: integrated care, advanced practice nursing, nurse practitioner, physician's assistant

LITERATUUR:

1. *Raak van A, Paulus A.* Kijken over de muren. Handboek voor onderzoek naar de organisatie en kosten van integrale zorg. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1999.
2. *Raak van A, Mur-Veeman I, Paulus A.* Understanding the feasibility of integrated care: a rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *Int Health Planning Management* 1999;14:235-248.
3. *Vrijhoef B.* Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Evaluation of effects on quality of care. (Proefschrift) Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.
4. *Tjora A.* The technological mediation of the nursing-medical boundary. *Soc Health Illness* 2000;6:721-740.
5. *Allen D.* The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Soc Health Illness* 1997;4:499-518.
6. *Bekker MPM.* Eén stap terug om drie stappen vooruit te gaan. Onderzoek naar de samenwerking tussen praktijkverpleegkundige en huisarts in de toegeleiding van asielzoekers naar de huisarts vanuit het perspectief van zorgnetwerken. (Doctoraalscriptie) Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
7. *Bekker MPM.* Competenties voor toegeleiding. De toegeleiding van asielzoekers door de praktijkverpleegkundige MOA naar de huisarts in juridisch perspectief. (Jaarwerkstuk): Universiteit Maastricht, 2001.
8. *Inspectie voor de Gezondheidszorg.* Jaarrapport 2001. Den Haag: IGZ, 2002.
9. *Linden van der F.* Ziek! En dan..? (Doctoraalscriptie) Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
10. *Raak van A.* Zorgvernieuwing: een kwestie van routine. (Proefschrift) Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.
11. *Schuller-Punt R, Delnoij DMJ.* Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? *Med Contact* 1998;45:1438-1441.
12. *Oosterhout van Y.* Praktijkondersteuners in Nederland. (Doctoraalscriptie) Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
13. *Landelijke Huisartsen Vereniging; GGD Nederland; VGZ.* Bruggenbouwers in de MOA. Over de toegeleiding van asielzoekers met gezondheidsklachten naar de huisarts. Utrecht: LHV, 2002.

CORRESPONDENTIE ADRES

Marleen Bekker, Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus MC, kamer L4-54, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam. bekker@bmg.eur.nl



Figuur 1 *Theoretisch model voor de samenwerking tussen reguliere huisarts en MOA praktijkverpleegkundige*

Tabel 1 Relevante descriptieve gegevens samenwerking, lokale context en draagvlak huisartsen (N=181) en praktijkverpleegkundigen (N=261).

	Groepenanalyse					
	Huisartsen (N=181)			Praktijkverpleegkundigen (N=262)		
	Gemiddelde ¹	sd	%	Gemiddelde	sd	%
<i>Samenwerking</i>						
Aantal afspraken	3,0	1,9		3,4*	1,7	
Mondelinge afspraken			84			81
Schriftelijke afspraken			48			66
Aantal besprekingen	1,3	0,7		1,3*	0,6	
Patiëntenbespreking			79			79
Werkbespreking			75			75
Ad hoc bespreking			41			50
Waardering nakomen van afspraken (vijfpuntsschaal)	4,3	0,8		4,3	0,8	
Waardering samenwerking (vijfpuntsschaal)	3,9	0,5		3,9*	0,6	
<i>Lokale context</i>						
HA spreekuur asielzoekerscentrum			35			66*
Checklist bekend			58			68*
Samenwerking besproken in het regionaal praktijkverpleegkundig overleg			-			49
<i>Persoonsgebonden factoren</i>						
<i>Algemene werkervaring</i>						
0-4 jaar			14			28
5-9 jaar			19			14
10-15 jaar			22			17
>15 jaar			45			41
<i>Werkervaring met asielzoekers</i>						
0-1 jaar			11			28
2-3 jaar			32			40
4-5 jaar			23			18
>6 jaar			35			14
Bijscholing in zorg aan asielzoekers gevolgd			54			91
<i>Draagvlak</i>						
Behoeftte aansturing			86			93*
Voorlichting over medische onderzoeken door praktijkverpleegkundige			38			39*
Voorlichting medische onderzoeken door huisarts			17			8*
Voorlichting medische onderzoeken door geen van beiden			2			1*
Voorlichting medische onderzoeken door beiden			43			52*
Initiatief in samenwerking door praktijkverpleegkundige			24			42*
Initiatief in samenwerking door huisarts			8			2*
Initiatief in samenwerking door geen van beiden			13			9*
Initiatief in samenwerking door beiden			55			47*
Overeenkomst in visie op zorg (vijfpuntsschaal)	3,7	0,9		3,7	0,9	
Persoonlijke interesse in asielzoekers			48			78*
Zelf eindverantwoordelijk voor toegeleiding en samenwerking			36			76*
Bespreken onzekerheden praktijkverpleegkundige voldoende			86			51*

* p<0.05

¹ gemiddelde op een vijfpuntsschaal

Tabel 2 Percentages van koppels waarvan de huisarts en de praktijkverpleegkundige het met elkaar oneens zijn over aspecten van de samenwerking (N=91)

Aspecten van samenwerking waarover de koppels het oneens zijn	Met elkaar eens		Met elkaar oneens	
	+/+ ¹	-/-	+/-	-/+
Werkafpraak aanwezig: taken verpleegkundige	30,5	23,2	19,5	26,8
Werkafpraak aanwezig: inhoudelijke aansturing	15,9	36,6	24,4	23,2
Schriftelijke werkafspraken aanwezig	39,0	15,9	32,9	12,2
Huisarts aandacht voor onzekerheden verpleegkundige	48,2	5,9	8,2	37,6
Voldoende informatie vanuit de organisatie	52,7	10,3	33,5	3,5
Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg bekend	51,2	11,9	22,6	14,3
Behoeftte aan aansturing: medisch uitvragen van klachten	34,8	15,7	19,1	30,3
Behoeftte aan aansturing: interpretatie van de hulpvraag	24,7	22,5	18,0	34,8
Behoeftte aan aansturing: urgentiebepaling van de hulpvraag	52,8	7,9	11,2	28,1
Behoeftte aan aansturing: medisch-technische verrichtingen	15,7	41,6	15,7	27,0
¹				
	+/+	Praktijkverpleegkundige en huisarts antwoorden beiden ja		
	-/-	Praktijkverpleegkundige en huisarts antwoorden beiden nee		
	+/-	Praktijkverpleegkundige antwoordt ja en huisarts nee		
	-/+	Praktijkverpleegkundige antwoordt nee en huisarts ja		

Tabel 3 Resultaten multiple lineaire regressie analyse bij praktijkverpleegkundigen
(N=261, gestandaardiseerde scores)

	Aantal afspraken			Aantal besprekingen			Waardering van de samenwerking		
	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 1	Stap 2	Stap 3
<i>Lokale context</i>									
Spreekuur centrum	-0,02	-0,02	-0,06	0,14*	0,14*	0,10	0,07	0,07	0,01
OC (1)	-0,03	-0,03	0,02	0,13*	0,13*	0,17**	-0,16**	-0,16**	-0,05
AVO (1)	-0,11	-0,11	-0,14*	-0,18**	-0,18**	-0,19**	0,11*	0,10	0,13*
Checklist bekend	0,17**	0,18**	0,16**	0,01	0,02	0,01	0,05	0,05	0,03
Invloed sociaal geneeskundige	0,13*	0,13*	0,10	-0,01	-0,01	-0,07	0,18**	0,18**	0,09
Invloed clustermanager MOA	-0,03	-0,03	0,02	-0,01	-0,00	0,06	-0,02	-0,01	0,03
Regionaal praktijkverpleegkundig overleg	-0,08	-0,08	-0,10	0,04	0,03	0,02	0,05	0,05	0,03
<i>Persoonsgebonden factoren</i>									
Werkervaring met asielzoekers		0,01	0,03		0,01	-0,00		0,06	0,06
Aantal bijscholingen		-0,01	0,01		-0,12*	-0,11		-0,06	0,00
<i>Draagvlak</i>									
Behoeftte aansturing			-0,03			-0,02			-0,12*
Medische onderzoeken praktijkverpleegkundige (2)			-0,02			-0,02			-0,02
Medische onderzoeken huisarts (2)			-0,04			-0,19**			0,12*
Medische onderzoeken geen van beiden (2)			-0,16**			-0,10			-0,03
Initiatief praktijkverpleegkundige (3)			0,19**			0,00			-0,09
Initiatief huisarts (3)			0,11			-0,00			0,03
Initiatief geen van beiden (3)			-0,02			-0,11*			-0,09*
Visie			0,19**			0,12*			0,33**
Persoonlijke interesse			-0,02			-0,10			0,05
Eindverantwoordelijk			-0,06			0,01			0,13*
Bespreken onzekerheden			0,18**			0,12*			0,18**
Aantal werkafspraken			-			-			0,15**
Aantal besprekingen			-			-			0,19**
Adjusted R ²	0,03	0,03	0,10	0,07	0,08	0,14	0,03	0,03	0,40

- (1) referentiegroep AZC: Voor de typen asielzoekerscentra (OC, AZC en AVO) is het AZC de meest voorkomende categorie en vormt deze daarom de referentie voor de andere typen.
- (2) referentiegroep beiden: De variabele 'medische onderzoeken' staat voor de taakverdeling van de voorlichting over medische onderzoeken over de praktijkverpleegkundige, de huisarts, beiden of geen van beiden. Hoogste score op 'beiden'.
- (3) referentiegroep beiden: De variabele 'initiatief in de samenwerking' kreeg als antwoordalternatieven 'de praktijkverpleegkundige, de huisarts, beiden of geen van beiden'. Hoogste score op 'beiden'.
- * p<0.05
- ** p<0.01

Tabel 4 Resultaten multiple lineaire regressie analyse bij huisartsen
(N=181, gestandaardiseerde scores)

	Aantal afspraken			Aantal besprekingen			Waardering van de samenwerking		
	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 1	Stap 2	Stap 3
<i>Lokale context</i>									
Spreekuur centrum	0,06	0,06	0,01	0,30**	0,30**	0,22**	0,09	0,07	0,06
OC (1)	0,06	0,06	0,07	0,01	0,01	-0,05	-0,05	-0,03	0,03
AVO (1)	-0,06	-0,05	-0,00	-0,03	-0,03	0,04	-0,06	-0,04	-0,08
Checklist bekend	0,32**	0,28**	0,25**	0,08	0,06	-0,01	0,13*	0,12	0,06
Solopraktijk	0,01	0,03	0,07	-0,09	-0,07	-0,03	-0,09	-0,04	0,05
Invloed sociaal geneeskundige	0,11	0,10	0,09	0,03	0,03	0,02	0,00	0,01	0,01
Invloed clustermanager MOA	0,17*	0,17*	0,12	0,09	0,10	0,03	0,04	0,05	0,06
<i>Persoonsgebonden factoren</i>									
Werkervaring met asielzoekers		0,01	-0,01		0,02	0,01		-0,23**	-0,18**
Aantal bijscholingen		0,15*	0,09		0,13*	0,06		0,14*	0,12*
<i>Draagvlak</i>									
Behoeft aansturing			0,18**			0,21**			-0,15*
Medische onderzoeken praktijkverpleegkundige (2)			-0,07			-0,09			-0,06
Medische onderzoeken huisarts (2)			-0,02			-0,01			-0,03
Medische onderzoeken geen van beiden (2)			-0,11			0,02			-0,14*
Initiatief praktijkverpleegkundige (3)			0,03			-0,09			-0,13*
Initiatief huisarts (3)			-0,07			0,05			0,00
Initiatief geen van beiden (3)			-0,13*			-0,10			-0,14*
Visie			-0,07			-0,01			0,30**
Persoonlijke interesse			0,11			0,17*			-0,06
Eindverantwoordelijk			0,13*			0,08			0,04
Bespreken onzekerheden			-0,03			-0,10			0,20**
Aantal werkafspraken			-			-			-0,05
Aantal besprekingen			-			-			-0,01
Adjusted R ²	0,21	0,22	0,28	0,14	0,14	0,23	0,02	0,06	0,26

Zie voetnoten bij tabel 4.

Tabel 5 Hypothesen op basis van onderzoeksmodel en toetsing

Factoren	Variabelen	Veronderstellingen	Bevestigd
Lokale context	Instellings-kenmerken	Per type opvangcentrum (OC, AZC, AVO ¹) varieert de populatie en dus de hulpvraag. Met het volume en de complexiteit van de hulpvraag varieert ook de behoefte aan overleg en overdracht tussen huisarts en praktijkverpleegkundige.	ja
		Indien de huisarts een reguliere solopraktijk heeft, is de werkdruk hoger en is de bereidheid tot samenwerking lager.	nee
	Lokale samenwerkings kenmerken	Als een huisarts spreekuur houdt op het centrum wordt overleg/overdracht met de praktijkverpleegkundige makkelijker.	ja
	Informatie voorziening MOA	Een betere informatievoorziening vanuit de MOA Stichting vergroot de betrokkenheid van praktijkverpleegkundige en huisarts en verbetert de samenwerking.	ja
	Invloed van derden	Als de Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg ² bekend is, zal de samenwerking hierdoor ondersteund worden en dus beter verlopen.	ja
Draagvlak	Doelconsensus	Indien de betrokkenheid bij de toegeleiding en samenwerking van de sociaal geneeskundige (MOA) door praktijkverpleegkundige en huisarts gewenst is, bevordert dit de samenwerking.	nee
		Indien de betrokkenheid bij de toegeleiding en samenwerking van de clustermanager (MOA) door praktijkverpleegkundige en huisarts gewenst is, bevordert dit de samenwerking.	nee
	Domein consensus	Naarmate praktijkverpleegkundigen meer behoefte hebben aan inhoudelijke aansturing dan dat huisartsen dat nodig vinden, zal de samenwerking minder goed verlopen.	ja ³
		Biedt huisarts voldoende aandacht aan onzekerheden praktijkverpleegkundige, dan bevordert dat de samenwerking	ja
		Als er meer overeenstemming bestaat over de verantwoordelijkheidsverdeling mbt. de toegeleiding en de samenwerking zal de samenwerking beter verlopen.	ja
Persoons gebonden kenmerken	Ideologische consensus	Een gedeelde visie op de medische zorg aan asielzoekers komt de samenwerking ten goede.	ja
	Win-winsituatie	Naarmate toegeleiding en samenwerking meer bijdraagt aan het behalen van (persoonlijke) doelen van beide partners, zal men beter samenwerken.	ja
	Werkervaring	Naarmate jaren en soorten ervaring toenemen, zullen huisarts en verpleegkundige meer vertrouwen krijgen in elkaars functioneren, wat de samenwerking ten goede komt.	nee
	Bijscholing	Naarmate meer specifieke scholing is gevolgd, zullen huisarts en verpleegkundige hun visie aanpassen aan het specifieke karakter van de zorg voor asielzoekers, wat de samenwerking ten goede komt.	ja

¹ OC = onderzoeks- en opvangcentrum, AZC = asielzoekerscentrum, AVO = aanvullende opvang

² De *Checklist Werkafspraken Huisartsenzorg* is een door GGD Nederland, LHV, VNG en IGZ gezamenlijk opgestelde checklist die in 2001 onder alle centra is verspreid met de bedoeling afspraken tussen de huisarts en de praktijkverpleegkundige in de MOA te verhelderen en expliciteren.

³ Ook huisartsen die de aansturing van praktijkverpleegkundigen wel nodig vinden, waarderen de samenwerking lager