

DE HUISARTS IN HET ZIEKENHUIS

Een literatuurstudie uitgevoerd in opdracht van het Merwedeziekenhuis

 NIVEL
bibliotheek
Drieharingsstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

D.M.J. Delnoy
september, 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - 030-319946

VOORWOORD

De Nederlandse gezondheidszorg is in beweging. Op tal van terreinen worden initiatieven ontplooid die bestaande structuren doorbreken en de tot op heden vrij strikte scheiding tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg doen vervagen. Tegen deze achtergrond van verandering en vernieuwing heeft het bestuur van het Merwedeziekenhuis het voornemen geuit om - in het kader van een meer algemene functiewijziging - in de lokatie Sliedrecht ziekenhuisbedden ter beschikking te stellen van de plaatselijke huisartsen.

Het betreft een voor Nederland uniek initiatief: voor het eerst wordt huisartsen de mogelijkheid geboden om zelf en onder hun eigen verantwoordelijkheid de behandeling van patiënten voort te zetten binnen de muren van het ziekenhuis. Het initiatief roept naast enthousiasme ook vragen op. Welke patiëntencategorieën komen in aanmerking voor behandeling door huisartsen in het ziekenhuis? Welke opname- en ontslagprocedures dienen te worden opgesteld? Hoe zou de communicatie tussen huisartsen en verplegend personeel kunnen verlopen en hoe moet de taakafbakening tussen huisartsen en specialisten worden geregeld?

Het antwoord op deze en andere vragen kan niet worden verkregen aan de hand van voorbeelden uit eigen land. Wel is het mogelijk om een kijkje over de grens te nemen en aan de hand van buitenlandse literatuur na te gaan op welke wijze huisartsen in andere zorgsystemen gestalte geven aan het uitoefenen van hun vak in het ziekenhuis. De literatuurstudie waarvan hier verslag wordt gelegd, is uitgevoerd in opdracht van het Merwedeziekenhuis. Gegeven de daar ontvouwde initiatieven, was de belangrijkste functie van deze studie het vinden van aanknopingspunten voor een verdere uitwerking van het idee van een huisartsenkliniek. De literatuurstudie diende daarmee een zeer praktisch doel, namelijk na te gaan welke werkzaamheden elders in de Westerse wereld door huisartsen worden uitgevoerd in het ziekenhuis, welke organisatorische randvoorwaarden daarbij worden gehanteerd en welke van deze buitenlandse constructies eventueel in Nederland - en dan met name in het Merwedeziekenhuis - zouden kunnen worden toegepast.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING EN METHODE	1
1.1. Achtergronden en vraagstelling	1
1.2. Een huisartsenkliniek in het Merwedeziekenhuis	2
1.3. Methode	4
2. RESULTATEN	5
2.1. Inleiding	5
2.2. De tweedelijns huisarts	5
<i>De family physician in de Amerikaanse gezondheidszorg</i>	5
<i>Organisatorische constructies</i>	6
<i>Medisch-inhoudelijke werkzaamheden</i>	7
2.3. Eerstelijnsbedden	9
<i>Geschiedenis van de GP-hospitals</i>	9
<i>Organisatorische constructies</i>	10
<i>Medisch-inhoudelijke werkzaamheden</i>	11
2.4. Verrichtingen en diagnoses	12
3. BESPREKING VAN DE RESULTATEN EN DISCUSSIE	
3.1. Beantwoording van de gestelde vragen	15
3.2. Discussie	18
LITERATUUR	21

1. INLEIDING EN METHODE

1.1. Achtergronden en vraagstelling

De Nederlandse gezondheidszorg is althans op papier nog steeds geordend volgens het echelonneringsprincipe uit de Structuurnota Gezondheidszorg (1974): in de eerste lijn is de huisarts werkzaam, die functioneert als een poortwachter tot ziekenhuizen en medisch specialisten in de tweede lijn. Voor ziekenfondspatiënten geldt dat zij geen rechtstreekse toegang hebben tot specialisten en het ziekenhuis, maar hiervoor verwezen dienen te worden door hun huisarts. Voor particuliere patiënten verschilt de regeling met betrekking tot specialistbezoek per verzekeringsmaatschappij. Het merendeel van de particuliere verzekeraars vereist weliswaar officieel een verwijzing door de huisarts voor een bezoek aan de specialist, maar de mate waarin controle wordt uitgeoefend op deze regeling wisselt sterk.

Zowel voor ziekenfondspatiënten als voor particulier verzekerden echter, is de scheiding tussen eerste en tweede lijn in één opzicht bijzonder strikt: de huisarts waagt zich, in professioneel opzicht, niet binnen de muren van het ziekenhuis. Zodra een patiënt het ziekenhuis betreedt, valt hij onder behandeling van een specialist. De invloed die de huisarts op de verdere gang van zaken heeft, is vanaf dat moment zeer beperkt. Huisartsen hebben nauwelijks invloed op de duur en de aard van de behandeling van hun patiënten in het ziekenhuis en doen ook weinig pogingen om de procedure in de tweedelij n te sturen (Kersten, 1991, p. 131-139).

Toch kunnen er zowel vanuit de optiek van kwaliteit van zorg, als vanuit kostenoverwegingen, argumenten worden gevonden voor een minder strikte scheiding tussen eerste en tweede lijn. In een evaluatie van het huidige Nederlandse systeem van gezondheidszorg komt de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) tot de conclusie, dat de sterke kanten van echelonnering liggen op het vlak van doelmatigheid (het voorkomen dat meer gespecialiseerde zorg wordt ingezet dan noodzakelijk is) en het voorkomen van onnodige medicalisering. Deze sterke kanten van het echelonneringsprincipe treden echter vooral naar voren als het gaat om enkelvoudige zorg (zorgvragen die de inzet van uitsluitend één zorgfunctie vereisen). Met name waar complexe zorgverlening in het geding is, wreekt zich de echelonnering in de vorm van een "breuk in de continuïteit" tussen generalistische en specialistische zorg:

" Het is niet goed mogelijk specialistische zorg in te zetten zonder ook de verantwoordelijkheid voor de behandeling over te dragen aan de tweede lijn. Na een verwijzing komt de patiënt in een geheel ander circuit; dat komt de continuïteit niet ten goede en is ook niet altijd doelmatig." (STG, 1992, p. 109).

In het kader van een functiewijziging van de lokatie Sliedrecht overwegen bestuur en directie van het Merwedeziekenhuis de oprichting van een huisartsenkliniek, waarbij de huisartsen in de regio Sliedrecht ziekenhuisbedden ter beschikking worden gesteld en waarbij huisartsen de beschikking zouden hebben over de volledige (para)medische infrastructuur van het ziekenhuis. Medisch specialisten kunnen door de huisartsen in consult worden geroepen, echter met behoud van de medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Het betreft hierbij een voor Nederland uniek initiatief. In het buitenland echter, komt het wél voor dat huisartsen de beschikking hebben over ziekenhuisbedden, waarin ze patiënten kunnen opnemen en behandelen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Canada en de Verenigde Staten; maar ook in Finland, Groot-Brittannië en Australië zijn huisartsen werkzaam binnen de muren van het ziekenhuis. In deze landen is de rol van de huisarts in het ziekenhuis uiteraard vooral een historisch gegroeide. Toch is het interessant om na te gaan welk type zorg door huisartsen elders in de Westerse wereld wordt verleend in het ziekenhuis en binnen welke organisatorische constructies deze zorgverlening plaatsvindt.

In deze buitenlandse voorbeelden kunnen wellicht aanwijzingen worden gevonden voor de wijze waarop in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg in het algemeen en in het Merwedeziekenhuis in het bijzonder, de strikte scheiding van eerste en tweede lijn kan worden doorbroken door huisartsen een plaats en functie te geven binnen de muren van het ziekenhuis. Het doel van dit rapport is daarmee, om via een bestudering van de literatuur na te gaan welke (medisch-inhoudelijke) werkzaamheden elders in de Westerse wereld door huisartsen worden uitgevoerd in het ziekenhuis, welke organisatorische randvoorwaarden daarbij worden gehanteerd en welke van deze buitenlandse constructies eventueel in Nederland zouden kunnen worden toegepast.

In de volgende paragraaf 1.2. zal een korte schets worden gegeven van de plannen van het Merwedeziekenhuis voor de oprichting van een huisartsenkliniek. In paragraaf 1.3. zal daarna aandacht worden besteed aan de methode die is gevolgd bij het zoeken naar relevante literatuur.

1.2. Een huisartsenkliniek in het Merwedeziekenhuis

Het Merwedeziekenhuis bestaat uit twee lokaties: Dordrecht en Sliedrecht. In juni van dit jaar heeft het bestuur van het ziekenhuis een voorgenomen besluit aangenomen (met ongekwalificeerde meerderheid)*, om het aantal bedden in de vestiging Sliedrecht in 1995 terug te brengen van 122 naar 38. De reden daarvoor is voornamelijk dat de lokatie Sliedrecht een te kleine schaalgrootte heeft om de pretentie van algemeen

* Om het voorgenomen besluit in een daadwerkelijk besluit om te zetten is een driekwart meerderheid statutair verplicht

ziekenhuis te kunnen waarmaken, ook vanwege de nabijheid van het Merwedeziekenhuis-Dordrecht en het Beatrixziekenhuis te Gorinchem.

Gedacht wordt daarom aan een functiewijziging voor de lokatie Sliedrecht. Daarvoor ligt een aantal vrij concrete plannen klaar*, waaronder het plan voor een huisartsenkliniek. In hoofdlijnen wordt daarbij gedacht aan 10 tot 15 bedden die voor de huisartsen in de omgeving van Sliedrecht beschikbaar zouden zijn voor opnames. Huisartsen uit Sliedrecht, Hardinxveld-Giessendam, Graafstroom en eventueel Papendrecht zouden daarvoor in aanmerking komen. De huisartsen zouden naast de bedden de beschikking krijgen over de volledige (para)medische infrastructuur, waaronder laboratorium- en röntgenfaciliteiten. Zoals in de vorige paragraaf al werd gezegd, is het de bedoeling dat medisch specialisten in consult kunnen worden geroepen met behoud van de medische eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor opname in de huisartsenkliniek zijn:

1. observatie-patiënten, waarbij de huisarts een "niet-pluis gevoel" heeft, maar over onvoldoende aanwijzingen beschikt voor verwijzing naar een speciek specialisme;
2. het minst complexe segment van de specialismen interne geneeskunde en chirurgie (eventueel neurologie, pulmonologie en cardiologie);
3. de "sociale indicatie" voor ziekenhuisopname;
4. patiënten voor wie de thuiszorgsituatie tekort schiet;
5. patiënten uit dagverpleging met protocollaire overdracht**.

Voor de vijfde categorie patiënten wordt gedacht aan een aantal veel voorkomende ingrepen, zoals tympanoplastiek, correctie septum, sinuschirurgie, onderbinden varices, electieve appendectomie, behandeling haemorrhoiden, behandeling herniae, curretage uterus, herstel cystokele, osteotomie, kleine gewrichtsoperaties, kleine huidoperaties en andere. Het gaat daarbij uiteraard om planbare (electieve) zorg, in tegenstelling tot acute opname en behandeling. In principe komt iedere ingreep in aanmerking die electief is, met een beperkt risico op complicatie en een beperkte verpleegduur. Voorwaarde is uiteraard wel dat de patiënt behalve de concrete aandoening, verder in goede gezondheid verkeert.

* De hier omschreven plannen zijn neergelegd in een interne werknootitie van de directie van het Merwedeziekenhuis

** Het betreft hierbij één van de andere plannen voor de lokatie Sliedrecht, namelijk het doen plaatsvinden van een aantal zwaardere ingrepen in dagverpleging, waarbij volgens een van tevoren vastgesteld protocol de huisarts de nazorg doet, hetzij thuis (in samenwerking met de wijkverpleging), dan wel in de huisartsenkliniek.

1.3. Methode

De resultaten die in de volgende paragraaf worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op een literatuurstudie. Literatuur is gezocht in de database Medline. Als trefwoorden werden gebruikt "Family Physicians/General Practitioners", gecombineerd met "Hospital", "Professional Practice Location", "Medical Staff" en "Privilege". Literatuur over opleiding (die vaak in het ziekenhuis plaatsvindt) en over obstetrie is buiten beschouwing gelaten. Aan literatuur over verloskunde wordt bewust geen aandacht besteed, omdat in ons land bevallingen (voor zover zij tot het takenpakket van de huisarts behoren) over het algemeen thuis of poliklinisch plaatsvinden. In totaal werden via Medline 34 artikelen geselecteerd. In de database Medline bevindt zich alleen engelstalige literatuur. Aangezien huisartsen, met uitzondering van Finland, alleen in de Angelsaksische wereld een rol spelen in het ziekenhuis (Jones, 1986, Groenewegen et al, 1991) is het niet waarschijnlijk dat daardoor systematisch literatuur over het hoofd is gezien.

Qua tijdsbestek beslaan de gevonden artikelen de periode 1972-1990.

Het merendeel van de 34 gevonden artikelen betreft Amerikaanse literatuur (24 van de 34 artikelen). De overige literatuur heeft betrekking op de rest van de Angelsaksische wereld (Groot Brittanië, Canada, Australië). Via een search in de database met citations is getracht dit aantal verder uit te breiden voor wat betreft de Britse en Australische literatuur, echter zonder resultaat. Wel konden "met de hand" via de literatuurlijsten van de reeds gevonden Britse artikelen nog zes extra artikelen worden geselecteerd (Loudun, 1972, Illingworth, 1972, Clark & Mulholland, 1973, Kernick & Davies, 1976, Davies, 1982, Harris, 1986).

Van de Amerikaanse literatuur zijn de meeste artikelen (16 in totaal) afkomstig uit het Journal of Family Practice en hebben betrekking op zogenoemde "hospital privileges" voor huisartsen. Bij het presenteren van de resultaten in hoofdstuk 2 zal eerst aandacht worden besteed aan de Amerikaanse, Canadese en Australische literatuur, die steeds betrekking heeft op de rechten van huisartsen om patiënten in ziekenhuizen te behandelen en vervolgens aan de Britse en Finse literatuur, die ziekenhuizen betreft die door huisartsen zelf worden beheerd.

2. RESULTATEN

2.1. Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk werd gesteld, wordt hier onderscheid gemaakt in situaties waarin de huisarts gebruik mag maken van bedden en faciliteiten in ziekenhuizen die in principe tot het specialistische circuit behoren (Verenigde Staten, Canada, Australië) en situaties waarin huisartsen hun eigen bedden ter beschikking hebben (Groot-Britannië, Finland). We zullen beide varianten respectievelijk de "tweedelijnhuisarts" en "eerstelijnsbedden" noemen.

In paragraaf 2.2. wordt ingegaan op de tweedelijnhuisarts. Omdat deze paragraaf sterk stoelt op Amerikaanse literatuur, zal hierin eerst kort worden ingegaan op de positie van de Amerikaanse (en Canadese) *family physician* in het systeem van gezondheidszorg. Vervolgens zal aandacht worden besteed aan de rol van deze huisarts in het ziekenhuis. De enkele Canadese en Australische artikelen zullen ook worden behandeld in de volgende paragraaf vanwege hun vergelijkbaarheid met de Amerikaanse literatuur.

In paragraaf 2.3. zal daarna aandacht worden besteed aan het fenomeen van de eerstelijnsbedden. Deze paragraaf is met name gebaseerd op literatuur over de Britse "GP-hospitals". General Practitioner Hospitals (GP-hospitals) zijn kleine ziekenhuizen die door huisartsen worden gerund en waarin de huisartsen beslissen over opname, behandeling en ontslag van patiënten.

In paragraaf 2.4. tenslotte zal in een schema een overzicht worden gegeven van de medisch-inhoudelijke zaken waarmee buitenlandse huisartsen zich in het ziekenhuis bezighouden. Dit schema is gebaseerd op zowel de Amerikaanse, als de Canadese en Britse literatuur.

2.2. De tweedelijnhuisarts

De family physician in de Amerikaanse gezondheidszorg

In 1969 werd "family practice" in de Verenigde Staten het twintigste erkende specialisme in de geneeskunde. Rond dezelfde tijd worden de eerste beroepsopleidingen tot *family physician* opgericht. De beroepsopleiding tot *family physician* duurt drie jaar en vindt plaats via het lopen van diverse stages in verschillende afdelingen van ziekenhuizen. In vergelijking met de Nederlandse beroepsopleiding tot huisarts is de opleiding tot *family physician* van meer technische aard. Zo wordt de *family physician* bijvoorbeeld opgeleid om patiënten in een *intensive care unit / coronary care unit* (ICU/CCU) te behandelen, maakt de minder complexe chirurgie (bijvoorbeeld appendectomie en tonsillectomie) deel uit van de opleiding en wordt vooral ook veel aandacht besteed

aan verloskunde. Een arts die de beroepsopleiding heeft gevolgd, wordt aangeduid met de term *board-certified family physician*, dit ter onderscheiding van de *non-board certified general practitioner*. Beide typen artsen zijn met name werkzaam in het ambulante circuit, maar beschikken daarnaast over het recht om patiënten in het ziekenhuis te behandelen (de zogeheten *hospital privileges*).

Organisatorische constructies

Vóór 1976 moest een *family physician* noodgedwongen het recht om patiënten in het ziekenhuis op te nemen en te behandelen aanvragen bij de diverse specialistische afdelingen in het ziekenhuis. Zo moest bijvoorbeeld het recht om kinderen in het ziekenhuis te behandelen worden aangevraagd bij de afdeling kindergeneeskunde. De medische staf van kinderartsen beoordeelde dan of de betreffende huisarts al of niet *hospital privileges* zou krijgen.

Met het toenemen in de jaren zeventig van het aantal *family physicians* dat de beroepsopleiding had gevolgd, ontstond bezorgdheid over de vraag of deze nieuwe specialisten wel blijvend rechten zouden behouden om patiënten in het ziekenhuis te behandelen. In 1976 bepaalde de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) dat *family physicians* voortaan hun eigen afdeling *family practice* zouden moeten hebben in het ziekenhuis (Weiss, 1985a), die zou beslissen over de aanvragen van *family physicians* om patiënten in het ziekenhuis te mogen behandelen.

In 1977 tekende het American College of Surgeons als reactie hierop bezwaar aan tegen het uitvoeren van operaties door *family physicians*, door te stellen dat dit "a movement dedicated to lowering the quality of surgical care" zou zijn (Sundwall & Hansen, 1979). In 1979 echter, benadrukte het House of Delegates van de American Medical Association nogmaals de wenselijkheid van afdelingen *family practice* in ziekenhuizen, die dezelfde rechten en plichten zouden hebben als alle andere specialistische afdelingen. Omstreeks dezelfde tijd evenwel, leidde de destijds onderkende noodzaak tot kostenbeheersing, tot het sluiten en inkrimpen van ziekenhuisfaciliteiten. Volgens Tabor (1983) ontstond daarmee een ware slag om het verkrijgen van rechten tot behandeling van patiënten in het ziekenhuis. Ondanks de herhaalde schriftelijke aanbevelingen van diverse organisaties, werden in het midden van de jaren '80 de nieuw opgerichte afdelingen *family practice* nog niet in alle ziekenhuizen serieus genomen.

Weiss (1985b) wijst een aantal oorzaken daarvoor aan. Ten eerste is *family practice* een specialisme "in de breedte": de kennis en vaardigheden van de *family physician* overlappen die van een groot aantal andere specialismen. Het is daardoor moeilijker om een eigen identiteit te kweken. Van de andere kant hebben andere specialisten, aldus Weiss, vaak geen idee welke verrichtingen en behandelingen behoren tot het terrein van de *family practice*. Andere specialisten weten vaak niet hoe breed het terrein van de *family practice* is. Tot welke moeizame onderhandelingen dit gebrek aan begrip kan leiden bij de oprichting van een afdeling *family practice* in een ziekenhuis, wordt beschreven door Wadland et al (1985). In het door hem beschreven oprichtings-

proces waren in totaal 22 maanden nodig om zowel intern als met andere specialismen overeen te komen welk type verrichtingen en behandelingen door de diverse *family physicians* (met drie-jarige beroepsopleiding) en *general practitioners* (zonder beroepsopleiding) mochten worden uitgevoerd.

Medisch-inhoudelijke werkzaamheden

In het algemeen wordt de oprichting van een zogeheten *full clinical department of family practice* * aanbevolen, omdat het daardoor gemakkelijker zou zijn voor *family physicians* om zogeheten "privileges" te krijgen (het recht om patiënten in het ziekenhuis op te nemen en te behandelen). Onderzoek van Weiss (1985a) heeft dit ook aangetoond. Het is echter in het algemeen moeilijk te beoordelen in hoeverre het verkrijgen van deze *privileges* nu werkelijk een probleem is voor de Amerikaanse *family physicians*. Zoals al werd gesteld, zijn met name in het Journal of Family Practice veel artikelen over dit onderwerp verschenen. In het merendeel van deze artikelen wordt verslag gelegd van empirisch onderzoek onder hetzij *family physicians* (praktiserend of in opleiding) hetzij onder ziekenhuisdirecties, over welke type *privileges* de artsen bezitten en op welke terreinen (Hansen et al, 1977, Warburton & Sadler, 1978, Sundwall & Hansen, 1979, Clinton et al, 1981, Stern et al, 1981, Warburton et al, 1981, Weiss, 1983, Pugno, 1983, Weiss, 1984, Weiss, 1985a, Weiss, 1986, Ferentz et al, 1988). In het Journal of the American Medical Association, niet specifiek gericht op huisartsen, daarentegen werden slechts twee artikelen over dit onderwerp aangetroffen (Tabor, 1983, Weiss, 1985b) en in het American Journal of Public Health één (Mainen, 1982).

Mede gezien de resultaten van empirisch onderzoek onder *family physicians* is het de vraag in hoeverre het vraagstuk van *hospital privileges* een werkelijk probleem is in de Verenigde Staten, of een politiek issue. Onderzoek naar regionale verschillen in ziekenhuis *privileges* (Clinton et al, 1981, Stern et al, 1981) toonde aan dat *family physicians* ten westen van de Mississippi relatief vaker *privileges* in verloskunde en chirurgie hadden dan ten oosten van de Mississippi en dat *family physicians* op het platteland over de gehele linie bezien wat meer *privileges* hadden dan in stedelijke gebieden. Voor zover *family physicians* al werkelijk moeite hebben om *privileges* te krijgen, blijkt het overleggen van schriftelijke documentatie van behandelde ziektebeelden en/of vaardigheden waarin men expliciet is getraind over het algemeen voldoende te zijn voor het verkrijgen van het recht om patiënten in het ziekenhuis op te nemen en te behandelen (Pugno, 1983, Schneeweiss et al, 1988).

De meest recente peiling van Ferentz et al (1988) onder pas afgestudeerde *family physicians* liet echter zien dat de grote meerderheid van de *family physicians privileges* heeft in interne geneeskunde (97%), kindergeneeskunde (95%) en CCU/ICU (87%).

* Met de omschrijving *full* wordt aangeduid dat de betreffende afdeling bevoegd is om *family physicians* rechten te verlenen zonder daarvoor toestemming nodig te hebben van andere specialismen.

Behalve op deze drie terreinen bleek nog eens 67% *privileges* te hebben op het terrein van de verloskunde en 36% in chirurgie.

De beide laatste specialismen, verloskunde en chirurgie, lijken met name de probleemgebieden te zijn wanneer het gaat om de rechten van *family physicians* om patiënten in het ziekenhuis op te nemen en te behandelen. Uit de artikelen ontstaat de indruk dat de taakafbakening tussen de Amerikaanse *family physician* enerzijds en gynaecologen/verloskundigen, respectievelijk chirurgen anderzijds, nog niet is uitgekristalliseerd. Dit heeft uiteraard ook gevolgen voor de rol die *family physicians* in het ziekenhuis vervullen.

Zoals al werd gezegd, is het echter soms niet duidelijk in hoeverre problemen worden "opgeklapt". In een artikel uit 1983 rapporteert Weiss bijvoorbeeld dat in 62% van de door hem geënquêteerde academische ziekenhuizen *family physicians* geen CCU/ICU *privileges* hadden om de doodeenvoudige reden dat er tot dan toe geen enkele *family physician* formeel om had gevraagd. Een jaar later (1984) formuleert Weiss het als volgt: uit onderzoek is gebleken dat *family physicians* meer moeite zouden hebben met het verkrijgen van *privileges* in academische ziekenhuizen dan in algemene ziekenhuizen, omdat ze in 62% van de academische ziekenhuizen geen *privileges* in CCU/ICU hebben. Een subtiel verschil in interpretatie, dat vervolgens weer de aanleiding vormt om een diepgaand onderzoek in te stellen naar ziekenhuis *privileges* voor *family physicians* in academische en algemene ziekenhuizen.

Met name in de enkele Canadese en Australische artikelen wordt naast de vraag wat *family physicians* in het ziekenhuis zoal doen, vooral ook aandacht besteed aan de vraag waarom ze dat doen. Met andere woorden, waarom zou een huisarts wiens kracht misschien juist ligt in de ambulante zorgverlening, zich bezighouden met het verlenen van zorg in het ziekenhuis; een bezigheid die hem niet alleen veel tijd en inspanning kost, maar hem vaak door specialisten ook nog niet in dank wordt afgenomen? Johnston (1980) en Schattner & Dunt (1989) hebben via een enquête getracht te achterhalen wat de huisarts aantrekt in het behandelen van patiënten in het ziekenhuis. De 80 Canadese *family physicians* die door Johnston (1980) werden geënquêteerd noemden in antwoord op een open vraag zaken als: de kwaliteit en met name continuïteit van zorg, het belang van de patiënt, het op peil houden van deskundigheid en geleerde vaardigheden, het onderhouden van contacten met collega-artsen, arbeidssatisfactie en het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten zoals laboratoria. Ook voor Australische huisartsen (Schattner & Dunt, 1989) bleken de belangen van de patiënt het zwaarst te wegen (continuïteit van zorg werd als belangrijk voordeel genoemd), alsmede de arbeidssatisfactie en de status die men aan het hebben van een ziekenhuispraktijk zou ontleenen.

Zag Johnston in 1980 nog een duidelijke coördinerende spilfunctie weggelegd voor de Canadese *family physician* in het ziekenhuis, die het contact zou moeten onderhouden met specialisten, de patiënt en diens familie, de Australische respondenten van Schattner & Dunt vrezden in 1989 langzaam maar zeker het ziekenhuis te worden

uitgewerkt. De meningen onder de Australische huisartsen waren evenwel verdeeld over de vraag of dit uiteindelijk het gevolg zou zijn van hun eigen apathie ten aanzien van het handhaven van hun recht om patiënten in het ziekenhuis te behandelen, of van bewuste machtsuitoefening van de specialisten. Het feit dat specialisten vaak probeerden de behandeling van de huisarts over te nemen, werd in ieder geval door de helft van de respondenten als de voornaamste barrière genoemd om zich bezig te houden met het verlenen van zorg in het ziekenhuis.

Tarrant (1977) hield zich als *Canadese family physician* vooral bezig met de vraag of de *Canadese family physician* een "betere" dokter is dan de Britse *general practitioner* omdat huisartsen in Canada toegang hebben tot algemene ziekenhuizen. Hij ziet de meerwaarde van het behandelen van patiënten in het ziekenhuis met name in de gunstige invloed die hiervan uit zou gaan op de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg:

" The physician's expertise comes under critical peer review only after the patient is brought into the hospital for treatment." (Tarrant, 1977, p. 67)

2.3. Eerstelijnsbedden

Eerstelijnsbedden komen voor in Finland en in Groot-Britannië. In Finland beschikken vrijwel alle gezondheidscentra over een aantal bedden. Daarbij dient te worden aangetekend dat de Finse gezondheidscentra een redelijke grote populatie bedienen, variërend van 10.000 tot 30.000 inwoners. Het gemiddeld aantal bedden per gezondheidscentrum bedraagt 40, hiervan is volgens de wet 30% bestemd voor acute medische zorg en 70% voor chronische of geriatrische zorg. Hoewel deze verhouding gemiddeld over het hele land genomen min of meer klopt, wordt op het platteland een relatief groter deel gebruikt voor acute zorg. Het is moeilijk om een algemene beschrijving te geven van de Finse gezondheidscentra, omdat ze onderling nogal verschillen. Voor een beschrijving van twee Finse gezondheidscentra wordt verwezen naar Deel 3 van de Toekomstscenario's voor de eerstelijnszorg en thuiszorg (STG, 1992, p. 130-132). In het vervolg van deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan de Britse GP-hospitals.

Geschiedenis van de GP-hospitals

De GP-hospitals zijn ontstaan uit de 19e eeuwse, zogeheten *cottage hospitals*, klinieken die door huisartsen werden gerund. Sinds de instelling van de National Health Service (NHS) in 1948 echter, ontstond een strikte scheiding tussen huisartsen en specialisten (Kersten, 1991, p. 60), of zoals Barber et al (1972, p. 27) het omschreven:

" The establishment of the National Health Service in 1948 produced many changes, not the least of which was a rigid tripartite structure which barred the general practitioner from what had been one of his major fields of activity - the hospital."

Barber et al (1972) beschrijven hoe de meeste GP-hospitals gedurende de jaren '50 en '60 een nogal kwijnend bestaan lijdten. Eind zestiger, begin zeventiger jaren gingen geluiden op voor sluiting van de GP-hospitals (Kersten, 1991). Door de Britse huisartsen werd daar vervolgens tegen geprotesteerd en een golf van artikelen waarin het belang van de GP-hospitals werd aangetoond (Loudun, 1972, Illingworth, 1972, Clark & Mulholland, 1973), in het Journal of the Royal College of General Practitioners was het gevolg (Kersten, 1991). Sinds deze eerste golf van artikelen hebben de GP-hospitals zich in een redelijk constante belangstelling mogen verheugen (Barber, 1972, Kernick & Davies, 1976, Cavenagh, 1978, Jones, 1982, Davies, 1982, Harris, 1986, Treasure & Davies, 1990).

Organisatorische constructies

Ongeveer één op de vijf Britse huisartsen is werkzaam in een GP-hospital. Uit een door Cavenagh (1978) gehouden enquête, blijkt dat voor deze huisartsen het werk in een GP-hospital ongeveer 10% van hun totale werktijd in beslag neemt. Kenmerkend voor GP-hospitals is dat opname, behandeling en ontslag in handen zijn van de eigen huisarts van een patiënt, die daarvoor ook een aparte vergoeding ontvangt (STG, 1992, p. 133). Huisartsen werken wel samen met specialisten, maar de specialist vervult in het GP-hospital alleen een consultatieve rol. Naast deze adviserende functie ten opzichte van huisartsen, houden specialisten vaak poliklinisch spreekuur in een GP-hospital. Cavenagh (1978) beschrijft de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in GP-hospitals als goed.

De bedden in GP-hospitals vormen samen ongeveer 3% van de "acute" bedden in de NHS. De meeste Britse huisartsen hebben dan ook geen toegang tot eigen ziekenhuisbedden. Treasure & Davies (1990) bevelen een omvang van ongeveer 35 bedden per GP-hospital aan als meest kosten-effectieve variant. Er bestaat zeer veel variatie in GP-hospitals. Over het algemeen bestaan er echter afspraken ten aanzien van maximaal toegestane ligduur. Om te voorkomen dat bedden als het ware dichtslibben met chronische en/of geriatrische gevallen is de maximaal toegestane ligduur in de meeste GP-hospitals vier weken, soms drie (Kernick & Davies, 1976).

In GP-hospitals zijn doorgaans geen huisartsen permanent aanwezig. Uit de literatuur blijkt echter zelden duidelijk hoe de waarneming voor in een GP-hospital opgenomen patiënten, is geregeld. Davies (1982) beschrijft wel het bestaan van maximaal aanvaarde reistijden per auto voor huisartsen die patiënten in een GP-hospital behandelen, maar in de praktijk zullen veel beslissingen worden genomen door verpleegkundigen (STG, 1992). De STG (1992, p. 133) geeft aan dat het gebruik van protocollen (bijvoorbeeld ten aanzien van opname en ontslag) daarbij zeer nuttig kan zijn, vooral

waar een relatief groot aantal huisartsen een betrekkelijk lichte band met de kliniek hebben.

Naast het bestaan van de "echte" GP-hospitals, komt het op kleine schaal ook voor dat Britse huisartsen het recht hebben om patiënten op te nemen in een zogeheten General Practitioner Ward van een algemeen ziekenhuis (District General Hospital). Dit wordt onder meer door Barber et al (1972) beschreven. Het Bangour General Hospital had 18 bedden beschikbaar gesteld voor huisartsen. Van de 64 huisartsen die waren uitgenodigd gebruik te maken van de bedden sloten er 34 uiteindelijk een contract met het regionale ziekenhuisbestuur. Deze 34 huisartsen kregen tevens de beschikking over het ziekenhuislaboratorium en röntgenfaciliteiten. De opname van een patiënt werd geregeld met de hoofdverpleegkundige van de afdeling en het verblijf van een patiënt mocht in principe niet langer duren dan vier weken.

Medisch-inhoudelijke werkzaamheden

Veel van de onderzoeken op het terrein van GP-hospitals zijn erop gericht aan te tonen dat GP-hospitals de "gewone" District General Hospitals substantieel ontlasten. Een van de zaken die in dit verband aangetoond dient te worden, is dat de huisartsenbedden hoofdzakelijk worden gebruikt voor acute opnamen en niet voor chronische en/of geriatrische gevallen.

Barber et al (1972) vonden dat van de 112 opnamen in een jaar op de General Practitioner Ward van een algemeen ziekenhuis er 71 acuut waren, 19 op sociale indicatie en 29 voor complexe diagnostiek die moeilijk thuis of in de praktijk kon worden gedaan. De meeste opgenomen patiënten kwamen uit de thuissituatie, in enkele gevallen werd de General Practitioner Ward echter gebruikt om nazorg te verlenen aan patiënten die van een specialistische afdeling kwamen.

Kernick & Davies (1976) bestudeerden eveneens opnamen in een GP-hospital over een periode van drie jaar: 44% van de patiënten werd opgenomen vanwege een acute ziekte, 20% om diagnostische redenen en de overigen omdat zij verpleegkundige zorg nodig hadden. Jones (1982) vond zelfs een record-percentages acute opnamen van 94% over 1980 voor één GP-hospital.

Het type patiënt dat in GP-hospitals wordt behandeld, varieert sterk voor wat betreft de diagnose waarmee de patiënt wordt opgenomen. Cavenagh (1978) noemt bijvoorbeeld patiënten met longontsteking, chirurgische gevallen, patiënten met een zelfmoordpoging achter de rug en patiënten met een beenbreuk, om de diversiteit aan te tonen.

Jones (1982) vond dat meer dan de helft van de patiënten van een GP-hospital in 1980 werd opgenomen met de diagnose luchtweginfectie, dan wel CVA, rugpijn, kanker of hartaandoening. Davies (1982) toonde aan dat in een GP-hospital zelfs patiënten met een acuut myocardiaal infarct kunnen worden bewaakt en verzorgd.

Kernick & Davies (1976) vonden als meest gestelde diagnose op het moment van opname 'ziekte van de ademhalingswegen'. Dit komt overeen met eerdere resultaten van Clark & Mulholland (1973) die vonden dat de diagnoses longontsteking, acute bronchitis en chronische bronchitis voorkwamen in de top tien van opname-diagnosen.

Evenals in de meeste andere GP-hospitals bleek in het door Kernick & Davies bestudeerde (1976) ziekenhuis een groot deel van de opgenomen patiënten ouder te zijn dan 65 jaar, namelijk 68% (Jones (1982) vond een percentage van 60%). De gemiddelde ligduur in het ziekenhuis was 14,8 dagen (Jones (1982) 11,7 dagen). De toegestane ligduur was maximaal drie weken, in tegenstelling tot de meeste andere GP-hospitals waar de toegestane ligduur vier weken is.

Harris (1986) vond dat ongeveer een derde van alle ziekenhuisopnamen van één groepspraktijk plaatsvond in het, door negen huisartsen van die praktijk bemande, GP-hospital. Het betrof daarbij vooral oudere patiënten. Naarmate de leeftijd van de patiënt hoger was, waren de redenen voor opname vaker van sociale dan van medische aard. Harris' resultaten wijken nauwelijks af van het door Clark & Mulholland in 1973 gevonden percentage: in 31,5% van alle opnamen* in het door hen bestudeerde ziekenhuis bleef de patiënt onder behandeling van de huisarts. Treasure & Davies (1990) berekenden dat een GP-hospital waarnaar zij onderzoek verrichtten, voorzag in 78% van alle ziekenhuisopnamen van de (ongeveer 20.000) patiënten van een groepspraktijk van acht huisartsen. Dit hoge percentage kan voor een deel worden verklaard door het feit dat de acht huisartsen in kwestie ieder hun eigen "specialisme" hebben (variërend van gynaecologie, KNO-heelkunde, orthopaedie en kindergeneeskunde tot anaesthesie), naast hun huisartspraktijk. In het betreffende GP-hospital vond bovendien 71% van alle poliklinische specialistbezoeken plaats van patiënten van de groepspraktijk. Treasure & Davies hebben betrekking op de jaren 1986-1987 en zijn daarmee vrij recent.

2.4. Verrichtingen en diagnoses

In een aantal artikelen over de rol van huisartsen in het ziekenhuis werden vrij gedetailleerde gegevens gepresenteerd over de feitelijke verrichtingen die huisartsen in het ziekenhuis uitvoeren of de diagnoses die zij in het ziekenhuis behandelen. In schema 2.1. wordt een lijst van verrichtingen weergegeven die is gebaseerd op Cavenagh (1978), Johnston et al (1980), Wadland (1985), Weiss (1986), Schneeweiss et al (1988) en Treasure & Davies (1990). Voor elk van de in schema 2.1. gepresenteerde verrichtingen wordt onderscheid gemaakt in verrichtingen die door (een deel van de) Nederlandse huisartsen al worden uitgevoerd in de eigen praktijk (of in de thuissituatie van de patiënt) en verrichtingen waarbij dit niet het geval is.

Uit schema 2.1. blijkt dat een deel van de verrichtingen die door buitenlandse huisartsen in het ziekenhuis worden uitgevoerd, door Nederlandse huisartsen in de eigen praktijk worden uitgevoerd. Voor deze verrichtingen is het dus ook niet nodig dat de

* In het door Clark & Mulholland bestudeerde ziekenhuis konden patiënten zowel worden behandeld door een specialist (hetgeen in 68,5% van de opnamen het geval was), als door een huisarts (in 31,5% van de opnamen).

Nederlandse huisarts de beschikking heeft over ziekenhuisbedden. Voor verrichtingen die door de Nederlandse huisartsen niet of nauwelijks worden uitgevoerd, geldt over het algemeen dat huisartsen in ieder geval de nazorg van de verrichting zouden kunnen overnemen (indien van toepassing). Uitzonderingen hierop vormen wellicht de behandeling van geperforeerde maagzweren en van oncompliceerde schedelbreuken.

Voor een aantal van de verrichtingen die op dit moment niet door Nederlandse huisartsen worden uitgevoerd, is het bovendien denkbaar, dat huisartsen in betrekkelijke korte tijd zouden leren deze verrichting uit te voeren (bijvoorbeeld het inspuiten van spataderen, of het uitvoeren van een curettage). Voor de uitvoering van deze verrichtingen, of voor het overnemen van de nazorg zouden huisartsen wel de beschikking moeten hebben over ziekenhuisbedden in verband met opname of dagopname. Uitzonderingen hierop vormen de verrichtingen tonsillectomie, het inspuiten van spataderen en colposcopie, waarvoor in het algemeen geen (dag)opname noodzakelijk is.

Opvallend is dat een aantal van de in schema 2.1. weergegeven ingrepen (zoals appendectomie, behandeling spataderen, behandeling aambeien, curettage en kleine huidoperaties) overeenkomen met de ingrepen die men in het Merwedeziekenhuis in dagverpleging met protocollaire overdracht wil gaan uitvoeren, waarbij de nazorg eventueel in de huisartsenkliniek plaatsvindt.

In schema 2.2. wordt een lijst van aandoeningen weergegeven die door Britse en Amerikaanse huisartsen in het ziekenhuis worden behandeld. De lijst is gebaseerd op Barber et al (1972), Clark & Mulholland (1973), Maguire & Cook (1979), Slabaugh et al (1980) en Jones (1982) en kenmerkt zich met name door diversiteit. Of en zo ja in welke mate, patiënten met één van de in schema 2.2. weergegeven aandoening ook door Nederlandse huisartsen in het ziekenhuis moeten en kunnen worden behandeld, hangt uiteraard sterk af van de ernst van de aandoening en de specifieke omstandigheden waarin een patiënt verkeert. Zoals Harris (1986) al aantoonde voor een GP-hospital, zeker met het vorderen van de leeftijd van een patiënt spelen sociale factoren vaak een belangrijkere rol bij de beslissing tot opname, dan medische factoren.

Schema 2.1. Verrichtingen die door Amerikaanse, Canadese en Britse huisartsen in het ziekenhuis worden uitgevoerd

Verrichtingen die NIET door Nederlandse huisartsen worden uitgevoerd	Verrichtingen die WEL door Nederlandse huisartsen worden uitgevoerd
Appendectomie	Verwijderen oppervlakkige huidtumoren
Tonsillectomie	Hechting ongecomplic. scheuringen van de huid
Behandeling geperforeerde maagzweer	Behandeling aambeien
Behandeling spataderen (inspuiten)	Behandeling ongecomplic. handinfecties
Sluiting liesbreuk	Incisie en drainage abces
Verwijderen galblaas	Vasectomie
Borstbiopsie	Paracentese
Thoracocentese	Gewrichtspunctie
Lumbaalpunctie	Clysm
Zwangerschapsbeëindiging	Behandeling eerste- en tweedegraadsverbranding
Curettag	Proctoscopie
Sterilisatie	Sigmoidoscopie
Tuba ligatie	Inbrengen pessarium
Incisie/drainage abces aan klier van Bartholin	Verwijderen corpus alienum vagina/uterus
Biopsie vulva/cervix	
Colposcopie	
Herstel pees	
Behandeling ongecomplic. schedelbreuken	
Behandeling ongecomplic. botbreuken	

Schema 2.2. Aandoeningen (symptomen / klachten) die door Britse en Amerikaanse huisartsen in het ziekenhuis worden behandeld

Buikpijn	Lumbago
Dyspepsie	Verschuiving van wervels
Ulcus pepticum	Mononucleosis infectiosa
Galblaasontsteking	Virale meningitis
Nierkoliek	Dreigende abortus
Urineweginfecties	Postpartum bloeding
Bronchitis	Normale bevalling
Longontsteking	Migraine
Asthma	Hypertensie
Luchtweginfecties	Duizeligheid
Pulmonale embolus	Anaemie
Myocardiaal infarct	Geelzucht
Hartritmestoornissen	Multiple sclerose
Decompensatio cordis	Epilepsie
CVA	Diabetes
Phlebitis / thrombophlebitis	Overdosis
Varicose ulcerisatie	Psychiatrische aandoeningen
Thrombose	Allergische reactie op medicijn
Rheumatoïde arthritis	Gewichtsverlies
Rheumatische koorts	Gewichtstoename
Acute jicht	Kanker

3. BESPREKING VAN DE RESULTATEN EN DISCUSSIE

3.1. Beantwoording van de gestelde vragen

Het doel van dit rapport werd in de inleiding omschreven als na te gaan welke medisch-inhoudelijke werkzaamheden elders in de Westerse wereld door huisartsen worden uitgevoerd in het ziekenhuis, welke organisatorische randvoorwaarden daarbij worden gehanteerd en welke van deze buitenlandse constructies eventueel in Nederland toepasbaar zouden kunnen zijn. Aanleiding voor het onderzoek vormden de plannen van het Merwedeziekenhuis om in de lokatie Sliedrecht een aantal bedden ter beschikking van de huisartsen in de regio te stellen.

Medisch-inhoudelijk blijkt de rol van de buitenlandse huisarts in het ziekenhuis zeer divers te zijn. Dit is uiteraard inherent aan het vak zelf, dat zoals Pugno (1983, p.78) het stelt een "specialty in breadth" is, dat overlap vertoont met de meeste - andere - specialismen. De patiëntencategorieën die voor de huisartsenkliniek in het Merwedeziekenhuis worden voorgesteld, komen echter opvallend goed overeen met het type patiënten dat door huisartsen in het buitenland wordt behandeld in het ziekenhuis. In hoofdstuk 1 werden die patiëntencategorieën als volgt omschreven:

1. observatie-patiënten, waarbij de huisarts een "niet-pluis gevoel" heeft, maar over onvoldoende aanwijzingen beschikt voor verwijzing naar een speciaal specialisme
2. het minst complexe segment van de specialismen interne geneeskunde en chirurgie (eventueel neurologie, pulmonologie en cardiologie)
3. de "sociale indicatie" voor ziekenhuisopname
4. patiënten voor wie de thuiszorgsituatie tekort schiet
5. patiënten uit dagverpleging met protocollaire overdracht*.

Uit onderzoek van Barber et al (1972) en Kernick & Davies (1976) bleek dat respectievelijk 26% en 20% van de patiënten van een GP-hospital werd opgenomen om diagnostische redenen, oftewel ter observatie (type 1). Barber et al (1972) vonden daarnaast dat 17% van de patiënten werd opgenomen op sociale indicatie (type 3), terwijl Kernick & Davies een percentage van 36% vonden aan patiënten die voornamelijk werden opgenomen vanwege hun behoefte aan verpleegkundige zorg (type 3 en 4). Eerder, in paragraaf 2.4. werd al geconstateerd dat een aantal van de door buitenlandse huisartsen in het ziekenhuis uitgevoerde ingrepen goed overeenkwamen met de ingrepen die in het Merwedeziekenhuis in overweging worden genomen voor dagverpleging met protocollaire overdracht (type 5). Inhoudelijk gezien zou op basis van

* Het betreft hierbij één van de andere plannen voor de lokatie Sliedrecht, namelijk het doen plaatsvinden van een aantal zwaardere ingrepen in dagverpleging, waarbij volgens een van tevoren vastgesteld protocol de huisarts de nazorg doet, hetzij thuis (in samenwerking met de wijkverpleging), dan wel in de huisartsenkliniek.

de literatuur moeten worden geconcludeerd dat er zeker een toekomst is voor een eventuele huisartsenkliniek zoals die door het Merwedeziekenhuis wordt voorgesteld.

Organisatorisch is de rol van de buitenlandse huisarts in het ziekenhuis in het vorige hoofdstuk onderscheiden in twee typen constructies: de tweedelijns huisarts, of eerstelijnsbedden. Het probleem van de tweedelijns huisarts blijkt voornamelijk te zijn, dat deze zich als generalist (specialist in de breedte) begeeft op het terrein van de specialist; een grensoverschrijding waaruit bijna als vanzelfsprekend problemen ontstaan. Specialisten blijken niet altijd enthousiast te zijn over het feit dat huisartsen zich op hun terrein begeven, omdat ze vrezen dat huisartsen niet in staat zijn zorg van kwalitatief hoog niveau te verlenen. In de Verenigde Staten blijkt het zo te werken dat wanneer *family physicians* kunnen aantonen dat zij ervaren of kundig genoeg zijn om bepaalde verrichtingen of behandelingen uit te voeren, het verkrijgen van ziekenhuis *privileges* over het algemeen geen probleem is (Pugno, 1983, Schneeweiss, 1988). Voor het Merwedeziekenhuis geldt dat het initiatief voor een huisartsenkliniek uitgaat van het ziekenhuis en niet van de huisartsen in de regio. Desalniettemin moet de relatie huisarts-specialist een aandachtspunt zijn: het blijft mogelijk dat er fricties ontstaan tussen beide beroepsgroepen, wanneer huisartsen en specialisten moeten gaan samenwerking in een geheel nieuwe setting.

Blijkens de teneur van met name de Britse literatuur is het voornaamste probleem van de huisarts die de beschikking heeft over eerstelijnsbedden, het feit dat steeds wordt betwijfeld dat deze bedden de "gewone" ziekenhuizen zouden ontlasten. Jones (1982) geeft openlijk aan dat het doel van zijn artikel is, om de algemeen heersende opvatting onderuit te halen dat GP-hospitals vooral gericht zouden zijn op het verlenen van langdurige psychogeriatrische zorg. Men kan zich nauwelijks aan de indruk onttrekken dat Jones in dit verband zijn GP-hospital met zorg heeft gekozen, want in het door hem bestudeerde ziekenhuis bleek het in 94% van de opnamen te gaan om acute klachten en aandoeningen, terwijl andere onderzoekers veel lagere percentages vonden (Barber et al, 1972: 63%, Kernick & Davies, 1976: 44%). Desalniettemin blijkt uit de verschillende onderzoeken naar het functioneren van GP-hospitals dat deze voor een belangrijk deel acute zorg verlenen, waardoor de algemene ziekenhuizen zeker ontlast worden. Dit is waarschijnlijk vooral te danken aan het feit dat in GP-hospitals over het algemeen strikt de hand wordt gehouden aan een maximale ligduur van drie tot vier weken. Een mogelijk organisatorisch probleem dat in de literatuur niet wordt gesignaleerd maar wel relevant kan zijn voor het Merwedeziekenhuis, ligt op het gebied van de medisch-inhoudelijk zeer diverse rol van de huisarts in het ziekenhuis. Zoals uit de literatuur bleek, lijden patiënten die door huisartsen in ziekenhuizen worden behandeld aan de meest uiteenlopende ziekten en aandoeningen en, hoewel een groot deel van hen ouder is dan 65 jaar, zijn deze patiënten toch afkomstig uit alle leeftijdscategorieën. Indien huisartsen dan de beschikking hebben over eerstelijnsbedden in een aparte kliniek of op een aparte afdeling, zouden - gegeven de diversiteit van patiënten en hun

aandoeningen - de ziekenhuisbedden voor huisartsen zich waarschijnlijk in relatief kleine eenheden van, bijvoorbeeld, twee bedden per kamer moeten bevinden.

Concluderend kunnen we stellen, dat er in inhoudelijk opzicht mogelijkheden lijken te liggen voor Nederlandse huisartsen om zelf patiënten in een ziekenhuissituatie te behandelen. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan het verlenen van nazorg aan door de specialist behandelde patiënten, een aantal weinig gecompliceerde acute opnamen (zoals die in de Britse GP-hospitals plaatsvinden), het (laten) doen van diagnostiek die moeilijk thuis of in de praktijk kan plaatsvinden en opnamen met een sterk sociale indicatie. De opzet die daarbij in organisatorisch opzicht het best lijkt te passen, is die van een "General Practitioner Ward", een afdeling huisartsgeneeskunde in een reeds bestaand ziekenhuis. Het bouwen van kleine GP-hospitals is vanwege de te maken investeringen praktisch moeilijk te realiseren en gezien de relatief gunstige ervaringen in de Verenigde Staten met *full clinical departments of family practice*, afdelingen huisartsgeneeskunde die daadwerkelijk een organisatorische eenheid vormen, is het gebruik van bestaande ruimte een voor de hand liggende optie.

Uiteraard zou in een dergelijke opzet sprake moeten zijn van goede afspraken tussen huisartsen en specialisten, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen. Specialisten zullen bereid moeten zijn op te treden als adviseur zonder de behandeling van de patiënt in kwestie zelf over te nemen. In feite zou het daarbij moeten gaan om een vorm van advies over diagnostiek en/of behandeling die te vergelijken is met de korte verwijfskaart zoals die recent voor poliklinische hulp is ingevoerd.

Verder dient te worden nagedacht over de vorm waarin de achterwacht voor een huisartsenkliniek geregeld zal zijn en de honorering die huisartsen zouden kunnen krijgen voor het behandelen van patiënten in het ziekenhuis. Wat de achterwacht betreft, in de Britse GP-hospitals is niet continu een huisarts aanwezig. In de literatuur wordt nergens duidelijk aangegeven welke regelingen er zijn getroffen met betrekking tot oproepbaarheid van artsen in noodgevallen. Het ligt voor de hand een en ander via een waarneemregeling te organiseren. Wellicht is het ook mogelijk om in de huisartsenkliniek stageplaatsen te creëren voor huisartsen in opleiding, waardoor in ieder geval continu een arts beschikbaar is.

Een ander punt van aandacht is de honorering die zou moeten gelden voor huisartsen die een patiënt zelf in het ziekenhuis behandelen. Met name voor ziekenfondspatiënten moet worden gezocht naar een honorering boven op het abonnementshonorarium, maar ook voor particuliere patiënten zal moeten worden nagedacht over een adequate honorering, waarbij misschien in eerste instantie aansluiting kan worden gezocht bij de tarieven die gelden voor visites.

Algemeen kan worden gesteld dat de honorering enerzijds voldoende prikkels moet bieden voor huisartsen om het behandelen van patiënten in het ziekenhuis - ook financieel - aantrekkelijk te maken, terwijl van de andere kant de honorering niet moet uitlokken tot het onnodig behandelen van patiënten in het ziekenhuis.

3.2. Discussie

De vraag naar de mogelijkheid en wenselijkheid van een toepassing van de buitenlandse constructies in Nederland, kan het best worden beantwoord door te kijken naar wat men in het buitenland ervaart als de belangrijkste voor- en nadelen van een rol voor huisartsen in de tweede lijn. Voor- en nadelen van het ter beschikking stellen van ziekenhuisbedden voor huisartsen, worden zowel door Tarrant (1977) als Schattner & Dunt (1989) aangegeven. Als voordelen worden genoemd:

1. Het behandelen van patiënten in het ziekenhuis, naast de ambulante praktijkvoering, verhoogt de arbeidssatisfactie van huisartsen.
2. De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg verbetert door voortdurend contact met specialisten.
3. De coördinatie en continuïteit van zorg vóór, gedurende en na ziekenhuisopname is beter gewaarborgd.

Als nadelen worden vooral praktische bezwaren aangevoerd:

1. Ziekenhuisvoorzieningen worden wellicht inefficiënt gebruikt doordat een groter aantal opnamen plaatsvindt voor chronische, psychogeriatrische gevallen.
2. De efficiëntie is evenmin gebaat bij een grote aantallen artsen die het recht hebben patiënten in het ziekenhuis op te nemen.
3. Huisartsen beschikken misschien niet over voldoende kennis en vaardigheden om complexe gevallen te behandelen.

Wat de voordelen betreft, als eerste werd genoemd een verhoogde arbeidssatisfactie onder huisartsen. Of dit werkelijk zou gaan gelden indien men Nederlandse huisartsen de beschikking zou gaan geven over ziekenhuisbedden, valt natuurlijk moeilijk te voorspellen. Onderzoek van Van Dierendonck et al (1992) naar burnout onder huisartsen leert dat de mogelijkheid om speciale interesses te ontwikkelen en in praktijk te brengen als huisarts, een buffer kan vormen tegen een gevoel van burnout. Wellicht zou de mogelijkheid om patiënten in het ziekenhuis te behandelen voor een aantal huisartsen die bufferfunctie kunnen vervullen.

Als tweede voordeel werd genoemd dat de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg zou verbeteren door een regelmatig contact tussen huisarts en specialist. Dit zal dan voornamelijk gelden voor de medisch-technische aspecten van de huisartsgeneeskunde, niet voor de meer psychosociaal gerichte hulpverlening. Het is overigens de vraag in hoeverre dit werkelijk geldt in de Nederlandse situatie: hoewel in de nascholing voor huisartsen nog steeds dankbaar gebruik wordt gemaakt van specialisten in een rol van consultant, wordt met name vanuit de beroepsorganisatie LHV en NHG al jaren de nadruk gelegd op het organiseren van huisartsgerichte nascholing (door huisartsen voor huisartsen) met aandacht voor de specifiek huisartsgeneeskundige aspecten van een probleem (Delnoy, 1990). De vraag of de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde werkelijk zou verbeteren door intensief contact met specialisten raakt min of meer de vrij fundamentele vraag naar wat kwalitatief goede huisartsgeneeskun-

de is. De Amerikaanse *family physician* is medisch-technisch goed onderlegde arts, die in staat is redelijk ongecompliceerde operaties uit te voeren, die patiënten kan behandelen in een intensive care unit en die gecompliceerde bevallingen kan leiden. De vraag is echter in hoeverre Nederland een dergelijke technische huisarts wenselijk acht, te meer omdat de praktijk van alledag vooral een pratende, informerende, psychosociale hulp verlenende Nederlandse huisarts laat zien (Groenewegen et al, 1992).

Huisartsen en specialisten kunnen in kwalitatief opzicht misschien wel hun voordeel doen van frequenter onderling contact, waar het verwijs- en ontslagprocedures betreft. Uit onderzoek is gebleken dat

" de wederzijdse correspondentie van huisarts en specialist niet aan elkaars wensen voldoet. Verwijsbrieven bevatten veelal geen duidelijke vraagstelling voor de specialist. Specialistenbrieven bevatten te weinig de gerichte informatie waaraan huisartsen behoefte hebben [...]." (Kersten, 1991, p. 132).

Door meer contact met elkaar te hebben en daardoor wellicht meer inzicht te krijgen in elkaars manier van werken, bestaat er een kans dat de communicatie tussen huisartsen en specialisten verbetert.

Het derde genoemde voordeel tenslotte, ligt op het vlak van continuïteit van zorg. Kersten (1991, p. 148) heeft aangetoond dat huisartsen weinig energie steken in het bewaken van de continuïteit van zorg in geval van ziekenhuisopname. In slechts 15% van de opnamen van hun patiënten voert de huisarts overleg met de specialist. Overleg over ontslag en nazorg komt nog minder vaak voor (in respectievelijk 5% en 4% van de gevallen). Door huisartsen de beschikking te geven over hun eigen ziekenhuisbedden, zou op het vlak van continuïteit van zorg dus een behoorlijke winst kunnen worden geboekt.

De nadelen die door Tarrant (1977) en Schattner & Dunt (1989) worden genoemd, liggen zoals gezegd vooral op het praktische vlak. Het eerstgenoemde bezwaar is de mogelijkheid van inefficiënt gebruik van ziekenhuisvoorzieningen doordat veel chronische patiënten worden opgenomen. De Britse GP-hospitals hebben echter laten zien dat dit geen reëel gevaar is indien strikt de hand wordt gehouden aan een maximale ligduur van een aantal weken. Het tweede praktische bezwaar snijdt meer hout: de efficiëntie is niet gebaat bij een groot aantal artsen dat het recht heeft patiënten te laten opnemen. Het verplegend personeel heeft in dat geval te maken met grote aantallen artsen die patiënten in het ziekenhuis behandelen, die (zonder goede afspraken daarover) misschien allemaal op een andere tijd hun "ronde" komen doen, vaak opbellen om informatie of eventueel met instructies en dergelijke. Het voorstel van de STG (1992, p. 133) ten aanzien het gebruik van protocollen voor het verplegend personeel zou echter veel van dit soort bezwaren weg kunnen nemen. Ten

aanzien van veel organisatorische aspecten van zowel de "tweedelijns huisarts" als de "eerstelijnsbedden", moet overigens worden vastgesteld dat hierover in de literatuur zelden in detail wordt getreden. Alvorens over te gaan tot het opzetten van een huisartsenkliniek in het Merwede-ziekenhuis, zou daarom een werkbezoek aan een Brits GP-hospital overwogen kunnen worden, om na te gaan hoe belangrijke praktische zaken - zoals diensten, honorering, communicatie met het verplegend personeel - daar geregeld zijn.

Het laatste geuite bezwaar tegen het ter beschikking stellen van ziekenhuisbedden aan huisartsen, ligt op vlak van de deskundigheden van huisartsen. Huisartsen zouden wellicht te weinig kennis en kunde in huis hebben om complexe gevallen in het ziekenhuis te behandelen. Dit is in zekere zin het bezwaar zoals dat bijvoorbeeld door het American College of Surgeons werd aangevoerd in 1977, tegen het uitvoeren van operaties door *family physicians* (Sundwall & Hansen, 1979). Waarschijnlijk wordt de kracht van de professionele ethiek van de huisarts hiermee wel erg sterk onderschat. Het is niet waarschijnlijk dat Nederlandse huisartsen plotseling verrichtingen en behandelingen zouden gaan uitvoeren waarvoor ze niet gekwalificeerd zijn, als ze ziekenhuisbedden ter beschikking zouden krijgen. Om de kwaliteit van zorg echter zoveel mogelijk te waarborgen verdient het aanbeveling om voor geselecteerde indicaties protocollen te ontwikkelen waarin de taakafbakening tussen huisarts en specialist wordt neergelegd.

Een punt tenslotte, dat in de literatuur nauwelijks aan de orde kwam, was welke effecten uitgaan op de kosten van zorg indien huisartsen de beschikking hebben over hun eigen ziekenhuisbedden. Treasure & Davies (1990) geven aan dat de gemiddelde kosten per ligdag in het door hen onderzochte GP-hospital lager zijn dan in het nabijgelegen algemene ziekenhuis. Het is echter niet duidelijk in hoeverre de verschillen in kosten per ligdag het gevolg zijn van verschillen in case-mix: de patiënten die in het algemene ziekenhuis worden opgenomen, zullen waarschijnlijk ernstiger ziek zijn dan patiënten die in het GP-hospital zijn opgenomen.

Concluderend kan worden gesteld dat het ter beschikking stellen van ziekenhuisbedden aan Nederlandse huisartsen vooral vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg, maar misschien ook met het oog op kostenbeheersing, voldoende interessante perspectieven biedt om in werkelijkheid toe te passen. De voor- en nadelen van een systeem waarin opname in het ziekenhuis niet per definitie samenvalt met behandeling door de specialist, kunnen immers pas echt worden onderkend wanneer een dergelijke "grensoverschrijdende" organisatievorm daadwerkelijk in de Nederlandse gezondheidszorg functioneert.

LITERATUUR

BARBER, J.H., D.J.G. BAIN, W.J. BASSETT, A.J. HAINES,
General Practitioner Ward in District General Hospital,
BMJ, 1972, 4, p. 27-30

CAVENAGH, A.J.M.,
Contribution of General Practitioner Hospitals in England and Wales,
BMJ, 1978, 2, p. 34-36

CLARK, M., A. MULHOLLAND,
The Use of General-Practitioner Beds,
Journal of the Royal College of General Practitioners, 23, 1973, p. 273-278

CLINTON, C., G. SCHMITTLING, T.L. STERN, R.R. BLACK,
Hospital Privileges for Family Physicians: a National Study of Office Based Members of the
American Academy of Family Physicians,
Journal of Family Practice, 1981, 113, p. 361-371

DELNOY, D.
Evaluatie structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen,
NIVEL: Utrecht, 1990

DIERENDONCK, D. VAN, P.P. GROENEWEGEN, H. SIXMA,
Opgebrand: Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij
huisartsen,
NIVEL: Utrecht, 1992

FERENTZ, K.S., J. SOBAL, R. COLGAN,
Hospital Privileges for Family Physicians: Patterns of Recent Residency Graduates, Residency
Director Perceptives, and Resident Expectations,
Journal of Family Practice, 1988, 27, no. 3, p. 297-301

GROENEWEGEN, P.P., J. VAN DER ZEE, R. VAN HAAFTEN,
Remunerating General Practitioners in Western Europe,
Netherlands Institute of Primary Health Care: Avebury, Aldershot/Brookfield, 1991

GROENEWEGEN, P.P., D.H. DE BAKKER, J. VAN DER VELDEN,
Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Basisrapport:
Verrichtingen in de huisartspraktijk,
NIVEL: Utrecht, 1992

HANSEN, D.V., D.N. SUNDWALL, R.L. KANE,
Hospital Privileges for Family Physicians,
Journal of Family Practice, 1977, 5, p. 805-809

ILLINGWORTH, D.G.,
The General Practitioner and the Hospital,
Journal of the Royal College of General Practitioners, 22, 1972, p. 227-231

JOHNSTONG, M.A., T. TWEEDIE, J.N. PREMI, P.E. SHEA,
The Role of the Family Physician in Hospital,
Canadian Family Physician, 1980, 26, p. 215-220

JONES, R.H.,
Acute Medicine in a General Practitioner Hospital,
Journal of the Royal College of General Practitioners, 1982, 32, p. 245-247

JONES, R.,
General Practitioners and hospitals (Editorial),
Journal of the Royal College of General Practitioners, 1986, 36, p. 346-348

KERNICK, D.P., S.E. DAVIES,
The Community Hospital: a Three-Year Study,
BMJ, 1976, ii, p. 1243-1245

KERSTEN, T.J.J.M.T.,
De invloed van huisartsen in de tweedelij (dissertatie),
NIVEL: Utrecht, 1991

LOUDUN, I.S.L.,
The Contribution of General Practitioner Hospitals,
Journal of the Royal College of General Practitioners, 22, 1972, p. 220-226

MAGUIRE, P.H., P.D. COOK,
Inhospital Family Practice: a One Year Summary,
Journal of Family Practice, 1979, 8, p. 1019

MAINEN, M.W.
The Surgical Role of Family Physicians,
American Journal of Public Health, 1982, 72, p. 1359-1363

PUGNO, P.A.,
Hospital Privileges for Family Physicians: Rights, Rationale and Resources,
Journal of Family Practice, 1983, 17, p. 77

SCHATTNER, P., D. DUNT,
General Practitioner Involvement in Non-Procedural Medicine in Public Hospitals in Melbourne,
Australia,
Family Practice, 1989, 6, no. 2, p. 141-145

SCHNEEWEISS, R., K. ELLSBURY, D. MONTANO, E. GORE, K.C. GORDON,
Hospital Privileges for Family Physicians: Documentation of Family Practice Residents'
Experiences in Training,
Journal of Family Practice, 1988, 26, no. 2, p. 178-184

SLABAUGH, R.C., M. GINGIEWICZ, R.A. BABINEAU,
The Hospital Work of a Family Practice Group in a Medium Size Community in New England,
Journal of Family Practice, 1980, 11, p. 287-297

STERN, T.L., G. SCHMITTLING, C. CLINTON, R.R. BLACK,
Hospital Privileges for Graduates of Family Practice Residency Programs,
Journal of Family Practice, 1981, 13, p. 1013-1020

STG,
Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, Deel 3: Achtergrondstudies,
Houten/Zaventem, 1992

SUNDWALL, D.N., D.V. HANSEN,
Hospital Privileges for Family Physicians: a Comparative Study Between the New England
States and the Intermountain States,
Journal of Family Practice, 1979, 9, p. 885-894

TABOR, W.J.,
The Battle for Hospital Privileges,
JAMA, 1983, 149, p. 526-527

TARRANT, M.,
What Price Admitting Privileges? A Study of Hospital Admission by Two Family Physicians,
Canadian Family Physician, 1977, 23, p. 59-68

TREASURE, R.A.R., J.A.J. DAVIES,
Contribution of a General Practitioner Hospital: a Further Study,
BMJ, 1990, 300, no. 6725, p. 644-646

WADLAND, W. C.,
Forming a Department of Family Practice in a Community Hospital,
Journal of Family Practice, 1985, 20, no. 5, p. 503-505

WARBURTON, S.W., J.A. BOBULA, G.T. WOLFF,
Hospital Privileges of Family Physicians in North Carolina,
Journal of Family Practice, 1981, 12, p. 725-728

WARBURTON, S.W., G.R. SADLER,
Family Physician Hospital Privileges in New Jersey,
Journal of Family Practice, 1978, 7, p. 1019-1026

WEISS, B.D.,
Full Clinical Departments of Family Practice: Their Relationship to Hospital Privileges in
University Hospitals,
Journal of Family Practice, 1985, 20, no. 4, p.389-392

WEISS, B.D.,
Family Physicians' Hospital Privileges in Arizona,
Journal of Family Practice, 1986, 22, no. 3, p. 281-282

WEISS, B.D.,
Family Physicians in University Hospitals Intensive Care Units,
Journal of Family Practice, 1983, 17, p. 693-696

WEISS, B.D.,
Hospital Privileges for Family Physicians at University Hospitals,
Journal of Family Practice, 1984, 18, p. 747-753

WEISS, B.D.,
Family Practice in Hospitals,
JAMA, 1985, 253, p. 549-550

