

# soest en baarn samen

Een onderzoek naar bestaande en gewenste samenwerkings-  
relaties tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg  
in Soest en Baarn

J.P. Dopheide  
J. Dronkers

december 1984



INHOUDSOPGAVE	pag.
1. INLEIDING	1
1.1. Voorgeschiedenis	2
2. LITERATUUR OVER SAMENWERKING TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG	10
2.1. Inleiding	10
2.2. 'Modellen' voor samenwerking tussen eerste- en tweedelijns	10
2.3. Beschouwende publicaties over samenwerking tussen eerste- en tweede lijn	19
2.4. Enkele concrete samenwerkingsvormen tussen eerste- en tweedelijns	23
2.5. Onderzoek naar samenwerking tussen eerste- en tweedelijns	24
3. METHODE	30
4. ALGEMENE GEGEVENS VAN DE RESPONDENTEN	32
5. SAMENWERKINGSCONTACTEN VAN DE HUISARTS BINNEN DE EERSTELIJN	33
5.1. Inleiding	33
5.2.1. Overleg van huisartsen met andere beroepsgroepen in de eerstelijns	33
5.2.2. Geregeld dan wel incidenteel overleg van huisartsen met individuele wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden	35
5.3.1. Overleg binnen de huisartsengroep	37
5.3.2. Plaatselijke huisartsenbijeenkomsten	37
5.3.3. Waarneemgroepen	38
5.3.4. Werkoverleg tussen huisartsen	38
5.3.5. Onderlinge kritiek huisartsen	39
5.4. Mening van huisartsen over het functioneren van de eerstelijns	40
5.5. Samenvatting	

+

	pag.
6. SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TWEEDELIJK	41
6.1. Overleg tussen de ziekenhuizen en de huisartsengroepen	41
6.2. Bijeenkomsten van specialisten en huisartsen in de ziekenhuizen Zonnegloren en Maarschalksbos	41
6.2.1. Bijeenkomsten in Zonnegloren	42
6.2.2. Bijeenkomsten in Maarschalksbos	44
6.3. Geregeld dan wel incidenteel overleg van huisarts met specialist	45
6.3.1. Overleg tijdens de bijeenkomsten in Zonnegloren en Maarschalksbos	45
6.3.2. Ziekenhuisbezoek door de huisarts	46
6.3.3. Telefonisch overleg door de specialist	47
6.4. Tevredenheid van huisartsen en specialisten over de samenwerking	48
6.5. Mening van specialisten over het functioneren van de eerstelijns	51
6.6. Samenvatting	52
7. DE ZIEKENHUIZEN ZONNEGLOREN EN MAARSCHALKBOS	53
8. KNELPUNTEN EN HINDERPALEN	58
8.1. 'Kosten' van samenwerking	58
8.2. Formele voorwaarden voor samenwerking tussen eerste- en tweedelijns	59
8.3. Patiënt-gebonden aspecten van samenwerking tussen eerste- en tweedelijns	61
8.4. Financiële aspecten van samenwerking tussen eerste- en tweedelijns	62
8.5. Verschillen tussen Soest en Baarn	64
8.6. Taakafbakening huisarts - specialist	67
8.7. De doelstelling uit de intentieverklaring: wat is daarvoor belangrijk, en hoe moeilijk is het?	70
8.8. Samenvatting	73



9. HET 'VERWIJSLEK' EN HOE HET TE DICHTEN	pag. 74
10. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN	82
10.1. Algemeen	82
10.2. De knelpunten	86
10.2.1. Knelpunten binnen de eerstelij	86
10.2.2. Knelpunten tussen eerste- en tweedelij	87
10.3. Hoe nu verder	89
LITERATUUR	90



## 1. INLEIDING

Dit rapport is een voor het NHI enigszins experimenteel produkt. Meer dan de tot nu toe opgestelde rapporten van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek is het hier beschreven onderzoek toegesneden op gebruik in de situatie waarin het onderzoek is verricht. Dat is overigens eerder een gradu-eel dan een principieel verschil: al het door het NHI verrichte onderzoek heeft het karakter van toegepast onderzoek, en net als dát onderzoek dient het hier beschrevene, hoe kleinschalig ook, te voldoen aan zekere eisen van geldigheid en betrouwbaarheid. De gerichtheid van het onderzoek op toepassing in een heel concrete situatie betekent wel dat de beschrijving van één en ander soms gedetailleerder is dan gebruikelijk en dat de aanbevelingen bij dit onderzoek uitsluitend pretenderen van waarde te zijn in het veld waar het onderzoek is verricht, en geenszins gegeneraliseerd kunnen worden naar andere samenwerkingsrelaties.

In november 1983 werd de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI benaderd door een vertegenwoordiger van eerste- en tweedelij n in de plaatsen Soest en Baarn met de vraag of het instituut behulpzaam kon zijn bij het verder ontwikkelen van een nog in een pril stadium verkerende samenwerkingsrelatie tussen eerste- en tweedelij n, één en ander met verwijzing naar de activiteiten van het NHI in het project Almere. Daar men er (ten onrechte) vanuit ging dat de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI in Almere vooral een proces-begeleidende rol speelt, werd in eerste instantie een expliciet verzoek om procesbegeleiding gedaan. Aan dit verzoek kon de afdeling uiteraard niet voldoen, maar aansluitend op eerder verricht onderzoek rond het Diagnostisch Centrum Oudenrij n en het Bethesda Ziekenhuis te Hoogeveen werd het aanbod gedaan een inventariserend onderzoek te verrichten naar de bestaande samenwerkingsrelaties, de knelpunten daarin en de wensen voor de toekomstige ontwikkelingen. Onderdeel van deze offerte was het bespreken van het onderzoeksverslag met de betrokkenen, op een in nader overleg vast te stellen wijze. Het onderhavige rapport bevat, naast een korte beschrijving van de recente literatuur op het gebied van samenwerking tussen eerste- en tweedelij n, de resultaten van dit inventariserende onderzoek en een aantal aanbevelingen.

### 1.1. Voorgeschiedenis

In Soest is gevestigd het ziekenhuis Zonnegloren (het voormalige TBC-sanatorium), in Baarn het ziekenhuis Maarschalksbos. De totale bedden-capaciteit van deze ziekenhuizen overstijgt de 3.7 promille-norm aanzienlijk, zodat enige vorm van inkrimping onvermijdelijk is. De toenmalige minister Gardeniers meende dat dit het best kon geschieden door sluiting van Zonnegloren, terwijl in Soest en Baarn unaniem de mening heerste dat nieuwbouw van een fusie-ziekenhuis ten dienste van beide gemeenten de enig juiste oplossing zou zijn. Meer in detail wordt één en ander weergegeven in onderstaande informatie, door het bestuur van de Stichting Zonnegloren-Maarschalksbos opgesteld ten behoeve van een persconferentie in augustus 1983:

*"-8 augustus 1978 werd de akte gepasseerd, waarbij de oprichting van de Stichting Maarschalksbos-Zonnegloren een feit werd.*

*Deze stichting heeft ten doel een algemeen ziekenhuis met polikliniek op te richten en te exploiteren ter vervanging van het ziekenhuis Maarschalksbos en het ziekenhuis Zonnegloren. Voorts, in de periode voorafgaande aan de exploitatie van het nieuwe ziekenhuis de beide bestaande ziekenhuizen te beheren.*

*-reeds in april 1976 werd medewerking in beginsel aangevraagd bij de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor de bouw van dit nieuwe ziekenhuis.*

*-1 mei 1981 werd een verklaring aangevraagd voor de bouw van een basisziekenhuis met een capaciteit van 250 bedden. Deze aanvraag kwam in de plaats van de reeds in 1976 gedane - en nog steeds niet gehonoreerde - aanvraag voor de medewerking in beginsel. Dit in verband met de inmiddels gewijzigde omstandigheden en uitgangspunten.*

*-26 mei 1982 adviseerde de Provinciale Staten positief voor de bouw van een fusie-ziekenhuis van 200 bedden met polikliniek op de grens van de gemeente Baarn en Soest.*

*In eerste instantie werd een andersluidend voorlopig standpunt door*

Gedeputeerde Staten ingenomen. Mede door middel van allerlei akties, culminerend in de hoorzitting op 1 april 1982 in Amersfoort, werd uiteindelijk bovengenoemd standpunt door Provinciale Staten ingenomen.

-ook de andere adviserende instanties, met name het College van Ziekenhuisvoorzieningen, de Ziekenfondsen, de Inspektie voor Volksgezondheid en de andere in de regio werkzame ziekenhuizen adviseerden in dezelfde zin.

-per 1-1-1982 werd op grond van de zogenaamde 'package-deal' de erkenning van Maarschalksbos teruggebracht van 141 tot 122 bedden en van Zonnegloren van 171 tot 155 bedden.

-7 juli 1982 verscheen de brief van Minister Gardeniers inhoudende een voorstel tot beddenvermindering in ziekenhuizen volgens de 3.7 promillenorm Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

In dit schrijven werd de sluiting van Zonnegloren voorgenomen en de erkenning van Maarschalksbos hersteld tot het niveau van voor 1-1-1982. Uitdrukkelijk werd vastgesteld dat het advies van Provinciale Staten van 26 mei 1982 nog niet in de overwegingen betrokken was.

-aanvankelijk werd door de Minister gesteld dat de provincies 4 maanden de tijd zouden krijgen een alternatief plan voor het reductievoorstel in te dienen, waardoor echter dezelfde doelstellingen zouden moeten worden bereikt. Later werd door haar opvolger, de staatssecretaris Van der Reijden, deze periode verlengd tot 1 april 1984.

-inmiddels kreeg de provincie de opdracht een advies uit te brengen over de verpleeghuissituatie. In onze regio bestaat een duidelijk, in de toekomst nog stijgend tekort aan verpleeghuisbedden. Transformatie van het ziekenhuis Maarschalksbos tot een verpleeghuis, hetgeen met betrekkelijk geringe financiële middelen mogelijk is, zou kapitaalsvernietiging voorkomen.

- de Stichting Maarschalksbos-Zonnegloren heeft het voornemen, en heeft dit voornemen ook in Den Haag kenbaar gemaakt, zelf de exploitatie van dit verpleeghuis ter hand te nemen.

### Recentere ontwikkelingen

De voortschrijdende economische regressie noopte de regering tot bezuinigingsmaatregelen, waardoor ook de gezondheidszorg in belangrijke mate getroffen wordt. In dit kader is dan ook in het voorjaar van 1983 een bouwstop voor ziekenhuisvoorzieningen afgekondigd met de bedoeling dat het departement alle aanvragen en bouwplannen in heroverweging kan nemen. Voor deze heroverweging is de tijd genomen tot oktober 1983. Bovendien werden stringente richtlijnen ontwikkeld ten aanzien van bouwinitiatieven.

Gelijktijdig zijn er allerwege tendenties waar te nemen dat de inzichten betreffende een optimale gezondheidszorg zich afwenden van het traditionele ziekenhuismodel. Deze nieuwe inzichten zijn gericht op het terugdringen van verdergaande medicalisering en beheersing van de kosten.

Ook in een gesprek dat de burgemeester van Soest, mr. P. Scholten, in overleg met het ziekenhuisbestuur, de colleges van Burgemeester en Wethouders van de gemeenten Baarn en Soest, de Gedeputeerde voor de Volksgezondheid van Provinciale Staten en de directeur van de Provinciale Raad, had met de staatssecretaris Van der Reyden bleek laatstgenoemde een nieuwe visie voor te staan. In dit gesprek, dat indicatief en niet formeel was omdat de staatssecretaris de provinciale advisering niet wilde doorkruisen, kwam naar voren dat:

- de financiële haalbaarheid van het 200 bedden-plan zeer problematisch is.
- de mate van kapitaalsvernietiging en de hoogte van de investeringen en de exploitatie-uitkomsten belangrijke criteria zijn.
- een ziekenhuisvoorziening een voldoende groot draagvlak moet hebben.
- goede samenwerking tussen de regioziekenhuizen essentieel is.
- nadruk gelegd moet worden op poliklinisch handelen en dagverpleging.
- voor het terrein (en de gebouwen) van Zonnegloren een andere bestemming gevonden moet worden.
- Maarschalksbos een verpleeghuis zou kunnen worden, waarbij vooral gedacht moet worden aan psychogeriatrische patiënten.
- er gedacht moet worden aan een nieuw te bouwen ziekenhuis van + 150 bedden en een aantal bedden voor dagbehandeling en eventueel een ambulatorium.

- de polikliniek relatief groot moet zijn teneinde een verschuiving van klinisch handelen naar poliklinisch handelen mogelijk te maken.
- uitgangspunt hierbij is dat de nadruk in de gezondheidszorg komt te liggen op de eerstelijns en dat het ziekenhuis zich meer moet richten op een consultatieve functie.
- een belangrijk aspect is dus de relatie tussen de werkers in de 1e lijn en het ziekenhuis en haar medewerkers.
- gelet moest worden op de plannen voor de gezondheidszorg in Almere.

Dat de staatssecretaris grote waarde toekent aan deze ideeën blijkt uit het feit dat hij op 29 mei j.l. tijdens een gesprek met de provincie Noord-Holland en de Amsterdamse wethouders voor Volksgezondheid over de bestemming van het W.G.-terrein expliciet verwees naar het Soester en Almeerse model (Telegraaf 30 mei 1983).

Inmiddels was het ziekenhuisbestuur ervan op de hoogte dat ook de provincie - en met name de Provinciale Raad, die een eerste aanzet moet geven voor de provinciale bouwvorming - tendeert zijn plan in deze richting om te buigen om zodoende meer aansluiting te bewerkstelligen met de huidige realiteit. Dat zal in overleg met de beide Amersfoortse centrum-ziekenhuizen, De Lichtenberg en het St. Elisabeth, dienen te geschieden, waarmee de stichting Maarschalksbos-Zonnegloren goede betrekkingen onderhoudt en waarmee een tripartite samenwerkingsovereenkomst in voorbereiding is. Deze overeenkomst, waaraan Provinciale Staten grote waarde hecht, zoals in het verleden reeds is gebleken, zal waarschijnlijk dit jaar nog officieel worden bekrachtigd.

In het kader van deze gegevens werd het nieuwe ziekenhuisplan door het ziekenhuisbestuur uitvoerig in studie genomen. Dit leverde de volgende conclusies op:

- de investeringen voor het nieuwe plan zijn geringer dan voor het 200 bedden-plan.
- in de exploitatieve sfeer zijn belangrijke voordelen te behalen.
- zeer zwaarwegend zijn de achterliggende filosofieën. De immateriële aspecten van het plan zullen dermate belangrijk kunnen zijn dat op deze grond in Baarn/Soest een experimentele situatie kan ontstaan.

Ten aanzien van het zeer belangrijke aspect van de relatie tussen de werkers in de eerstelijns en het ziekenhuis en haar medewerkers werd 23 juni j.l. een bespreking georganiseerd tussen de huisartsen en de specialisten van Baarn en Soest. Dit gesprek resulteerde in het tekenen van een intentieverklaring door alle aanwezigen waarvan wij de inhoud hier volledig laten volgen.

#### INTENTIEVERKLARING

"Wij, huisartsen en specialisten van Baarn/Soest verklaren dat het onze intentie is nauw samen te werken, en nieuwe wegen in te slaan, teneinde te komen tot:

een optimale verzorging van de patiënt, zo dicht mogelijk bij zijn thuis-situatie, waarbij de eerste- en tweedelijns naast elkaar en minder in elkaars verlengde, de patiënt of cliënt begeleiden en waarbij het beslag op de economische middelen zo klein mogelijk dient te zijn.

Om dit doel te bereiken is vereist dat:

- de eerstelijnsgezondheidszorg uitgebreid wordt;
- een goede afstemming van de verschillende zorgniveau's tot stand komt;
- in het verzorgingsgebied intramurale voorzieningen aanwezig zijn, te weten een centraal in het verzorgingsgebied gelegen, algemeen ziekenhuis en verpleeghuis.

Ten aanzien van het algemeen ziekenhuis moeten de volgende punten in acht worden genomen:

1. waar mogelijk een vervanging van klinische zorg door poliklinische zorg.
  2. zoveel mogelijk opnamen worden uitgevoerd in dagbehandeling.
- een hechtere samenwerkingsrelatie wordt opgebouwd tussen huisartsen en specialisten, zowel structureel als inhoudelijk, waarbij gedacht moet worden aan meer werkafspraken, meer tijd en gelegenheid voor overleg en consultatie over en weer, detacheren van vertegenwoordigers in elkaars kring, coördinatie van activiteiten ten aanzien van gezamenlijke patiëntenzorg, toetsing, nascholing en wetenschappelijk onderzoek.
  - ingespeeld wordt op de aanwezige kleinschaligheid als een gelukkige omstandigheid.



- er goede afspraken bestaan tussen het algemeen ziekenhuis en de in de regio aanwezige centrumziekenhuizen."

De bedoeling van deze intentieverklaring is een eerste onderbouwing te geven aan het alternatieve experimentele plan. Op grond van deze intentieverklaring zullen meer gedetailleerde samenwerkingsovereenkomsten opgesteld moeten worden. Ook zal deze intentieverklaring kunnen dienen als voorbeeld en bodem voor de gesprekken die volgen moeten met de andere eerstelijnsverwerkers.

#### Samenvatting

Het besluit van het bestuur van de stichting Maarschalksbos-Zonnegloren, genomen na een positief advies van de ondernemingsraden van beide ziekenhuizen, dat wegens de vakanties voorlopig moet zijn, en de medische staf houdt in:

- het realiseren van een op een nieuwe basisfilosofie geënte ziekenhuisvoorziening op de grens van de gemeenten Baarn en Soest van + 150 bedden en 10 dagbehandelingsbedden (c.q. plaatsen).
- het transformeren van het ziekenhuis Maarschalksbos tot verpleeghuis."

Zoals men ziet staat centraal in de plannen voor het nieuwe ziekenhuis de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns. Hoewel de opstellers van bovenstaande informatie met enige trots verwijzen naar het feit dat de Staatssecretaris reeds spreekt over het 'Soester model', werd bij navraag al spoedig duidelijk dat van een hechte samenwerkingsrelatie nog niet direct sprake was. Bovendien scheen de intentie om tot samenwerking te komen niet (uitsluitend) voort te komen uit motieven die te maken hebben met de inhoudelijke kant van de zorgverlening (uitzonderingen daargelaten). Dit streven leek vooral te dienen om een extra argument te verkrijgen voor het bouwen van een nieuw fusie-ziekenhuis. In Soest en Baarn heerste namelijk de vrees dat sluiting van Zonnegloren op termijn zou leiden tot sluiting van Maarschalksbos, en daarmee tot het volledig verdwijnen van een ziekenhuisvoorziening voor de ongeveer 65.000 inwoners van de twee gemeenten. Gelet op de ligging van Maarschalksbos (niet gemakkelijk

bereikbaar vanuit het grootste deel van Soest) is de vrees dat het verzorgingsgebied van dit ziekenhuis beperkt zou blijven tot niet veel meer dan de te kleine gemeente Baarn (25.000 inwoners) inderdaad niet geheel ongegrond. Begrijpelijk is dus dat het streven naar een fusie-ziekenhuis op de grens van beide gemeenten door verschillende groeperingen met kracht werd ondersteund. Dat de relatie met de eerstelijns als argument werd aangevoerd, wekt evenmin verwondering. Op vrij grote schaal hebben de ziekenhuizen, geconfronteerd met allerlei bezuinigingsdreigingen, de eerstelijns 'ontdekt' als bondgenoot, soms ter verzekering van een constante stroom verwezen patiënten, soms (wellicht niet als doel op zichzelf, maar wel als nuttig 'bijproduct') ter verhoging van het gebruik van hun diagnostische apparatuur, en soms om aan de buitenwacht, die de erkenningen verleent en intrekt, te laten zien dat men met zijn tijd is meegegaan, en uitstekend past in een type gezondheidszorg waarin aan het ziekenhuis meer dan voorheen een ondersteunende functie ten behoeve van de eerstelijns wordt toegedacht. Daar schuilt niets verkeerd in, in ieder geval niet als men het bekijkt vanuit het ziekenhuis zelf. Een ziekenhuis als modern gemanaged bedrijf heeft een begrijpelijke overlevingsdrang, en de eerstelijns is op dit moment ontegenzeggelijk een goede partij om samen mee te overleven. Zeker als de plaatselijke huisartsen al evenzeer belang bij het voortbestaan van het ziekenhuis hebben, zal in zo'n situatie het voornemen 'wij gaan samenwerken' gauw gemaakt zijn, terwijl men echter over de harde praktijk van die samenwerking nog geen uitgewerkte ideeën heeft.

Dit was de indruk die wij kregen van de situatie in Soest/Baarn: met de dreigende sluiting van 'Zonnegloren' in het vooruitzicht en de (op langere termijn) onhoudbare positie van Maarschalksbos kwam men vrij snel tot het opstellen van een document (de 'intentieverklaring') over onderlinge samenwerking. Zonder twijfel is een deel van de ondertekenaars van deze verklaring mede of vooral gedreven door argumenten die liggen in de vakinhoudelijke sfeer. Van anderen echter kan verwacht worden dat zij mede of vooral onder druk van de omstandigheden het samenwerkingscontract zijn aangegaan. In zo'n situatie is de stap naar feitelijke samenwerking een tamelijk moeilijke. Dat lijken overigens ook de direct betrokkenen zich te realiseren: slechts 42 % van alle huisartsen en specialisten acht de kans dat de plannen uit de intentieverklaring worden gerealiseerd 'groot',

42 % 'niet zo groot', en 16 % 'klein'. Wat betreft de kans dat het ziekenhuis ('De Oelte' geheten) er ook echt komt, is men nog iets pessimistischer: 17 % 'klein', 50 % 'niet zo groot', 33 % 'groot'. Gegeven deze door ons vermoede discrepantie tussen de al of niet van harte omhelsde plannen en de realiteit, leek het aangewezen een onderzoek te verrichten dat zich zou richten op de volgende vragen:

- \* Welke formele en minder formele organisatievormen bestaan er binnen de eerstelijns en tussen eerste en tweede echelon?
- \* Welke 'knelpunten' onderkent men in de op dit moment bestaande samenwerking en welke hinderpalen ziet men bij het verder ontwikkelen van de samenwerking?
- \* Welke verschillen van inzicht bestaan er tussen eerste- en tweedelijns met betrekking tot de onderlinge taakafbakening?

Besloten werd het onderzoek toe te spitsen op huisartsen en specialisten en slechts zijdelings aandacht aan wijkverpleging en maatschappelijk werk te besteden. Het onderzoek werd zodanig opgezet dat beschrijvingen voor Soest en Baarn afzonderlijk gegeven kunnen worden.

## 2. LITERATUUR OVER SAMENWERKING TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

### 2.1. Inleiding

In het navolgende zal een korte beschrijving worden gegeven van de Nederlandstalige literatuur over de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (veelal beperkt tot de samenwerking tussen huisarts en specialist) van de laatste jaren. Daarbij is niet gestreefd naar volledigheid. Met name publicaties met een beperkt verspreidingsgebied (bijvoorbeeld syllabi ten dienste van bijeenkomsten met een tamelijk beperkt lokaal of regionaal karakter) zijn buiten beschouwing gelaten.

Bij de behandeling van de literatuur hebben we vier terreinen kunnen onderscheiden: in de eerste plaats artikelen die zich bezighouden met het beschrijven van 'modellen' voor de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns; vervolgens publicaties die zich bezighouden met het beleid inzake eerste- en tweedelijns of die een algemeen beschouwend karakter hebben; ten derde literatuur die op een zeer concreet niveau samenwerkingsexperimenten tussen eerste- en tweedelijns beschrijft, en tenslotte literatuur die zich bezighoudt met het beschrijven van de resultaten van onderzoek naar (de effecten van) samenwerking tussen eerste- en tweedelijns. Aan de hand van deze vier terreinen zullen wij de literatuur kort beschrijven, en per terrein van een samenvatting voorzien.

### 2.2. 'Modellen' voor samenwerking tussen eerste- en tweedelijns

Het artikel van Visser (1980) handelt niet specifiek over samenwerking tussen eerste- en tweedelijns, maar over interdisciplinaire samenwerking in het algemeen. Aansluitend bij Hollander (geciteerd bij Visser) stelt hij dat samenwerking uit drie deelprocessen opgebouwd is: het inhoudelijke proces, waarin aandacht geschonken wordt aan de vraag wat de samenwerkers willen bereiken; het ordenende proces, bijvoorbeeld door procedures te maken, taken te verdelen en het verloop in de gaten te houden, en het relationeel-emotionele proces: men komt in relatie tot elkaar te staan met gevoelens over zichzelf en anderen, met een eigen referentiekader,

een eigen invalshoek, etc. Hollander stelt dat het relationeel-emotionele aspect vaak wordt verwaarloosd. In grote organisaties, zo stelt hij, hoeft daar vaak minder aandacht aan te worden besteed, omdat er meestal aanvullende, formele gezagsverhoudingen bestaan, maar bij dit soort van samenwerking gaat het om een groep gelijken, waartussen geen dienstverband en gezagsstructuur bestaat. De belangrijkste vragen wat betreft het relationeel-emotionele proces hebben betrekking op: de vraag hoe de communicatie tussen mensen verloopt, de vraag hoe normen in groepen werken, en de vraag hoe samenwerking tussen disciplines verloopt. Wat de eerste vraag betreft dient men er, meer dan gebruikelijk, op gespist te zijn dat achterliggende motieven en gevoelens een belangrijke rol kunnen spelen bij een op het oog heel erg rationele besluitvorming.

Wat de tweede vraag betreft vraagt Visser aandacht voor het feit dat als regel groepen die met elkaar proberen samen te werken tamelijk hooggestemde, ideële normen over samenwerking hebben; in de praktijk hebben echter sommige deelnemers aan de samenwerking erg praktische overwegingen om deel te nemen. Men kan bijvoorbeeld willen samenwerken omdat dat de patiëntenzorg zoveel zou verbeteren (normatief perspectief), maar evengoed omdat men daardoor hoopt het wat minder druk te krijgen. Het is van belang dat ook dat laatste op tafel komt. Bij de samenwerking tussen disciplines tenslotte is het van belang dat men zich realiseert dat vele beroepsbeoefenaars als het ware de hete adem van de vakgenoten in de nek voelen. Men denkt steeds: hoe zal mijn achterban denken over wat ik hier aan het doen ben. Daarnaast speelt het feit dat iedere discipline een eigen referentiekader heeft een belangrijke rol.

Op het gebied van de vormgeving van samenwerking onderscheidt Visser vijf mogelijke typen van wat hij noemt integratie, die er in opklimmende volgorde als volgt uitzien:

1. De minimale vorm van samenwerking is dat men elkaar achteraf informeert over wat men ten aanzien van de patiënt gedaan heeft.
2. Een stapje verder in de samenwerking is bereikt als men elkaar vóóraf informatie geeft over de voornemens.
3. Een hoger niveau van samenwerking is bereikt als men in overleg treedt op basis van alle beschikbare wederzijdse informatie en vervolgens probeert ieder voor zich op basis van dit overleg tot een betere aanpak te komen.

4. Een nog ambitieuzer niveau bereikt men als men in overleg treedt met elkaar om op basis van afweging van ieders optiek tot een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten voor de behandeling van bepaalde patiënten te komen. Visser noemt het opstellen van protocollen als een voorbeeld van deze vorm van samenwerking.
5. Een maximale integratievorm die volgens Visser in deze extreme vorm niet haalbaar is in de medische zorg, is die van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen voor de behandeling van een patiënt.

Schematisch is een en ander uiteengezet in figuur 1.

Figuur 1 Naar mate van integratie opklimmende vormen van samenwerking, naar Visser (1980).

Niveaus	Informatie	Overleg	Uitgangspunten	Verantwoordelijkheid
1	achteraf	geen	individueel	individueel
2	vooraf	geen	individueel	individueel
3	voornemens	wel	individueel	individueel
4	voornemens	wel	gemeensch.	individueel
5	voornemens	wel	gemeensch.	gemeensch.

Behalve deze dimensie, die men wel aan kan duiden als de 'diepte-dimensie', onderscheidt Visser ook de 'breedte-dimensie', dat wil zeggen het aantal disciplines dat aan de samenwerking deelneemt en/of het aantal gebieden, waartoe de samenwerking zich uitstrekt. Men kan klein beginnen met bijvoorbeeld alleen een samenwerking tussen twee disciplines en langzamerhand meer disciplines erbij betrekken, en men kan ook beginnen met multidisciplinaire samenwerking op een klein terreintje, bijvoorbeeld de zorg voor een bepaald type patiënten en dit dan langzaam uitbreiden.

Visser pleit ervoor eerst te gaan kijken welk integratieniveau gewenst en haalbaar geacht wordt. Op basis van dat gewenste niveau kiest men dan de bijpassende organisatiestructuur, en niet andersom, zoals nogal vaak gedaan wordt.

Duursma (1981a) presenteert zijn bijdrage nadrukkelijk als 'een model voor samenwerking'. Hij schetst allereerst enige verschillen in werkwijze tussen huisarts en specialist, waarbij hij voor de beschrijving van de werkwijze van de huisarts aansluit bij het rapport 'Methodisch Werken' van de gelijknamige werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap.\* Belangrijke kenmerken van het werken van de huisarts zijn volgens Duursma: een klacht wordt samen met de patiënt verhelderd; is er wel sprake van een vraag om hulp? De huisarts adviseert de patiënt bij de besluitvorming over de hulpverlening; welke hulp is geboden? De patiënt besluit uiteindelijk wat er gaat gebeuren, tenzij er dringende redenen zijn hiervan af te wijken; de hulpverlening gaat niet verder dan de patiënt wil. In tegenstelling tot de huisarts staat de specialist niet open voor alle vragen om hulp. Hij wordt in feite met twee vragenden geconfronteerd: de patiënt en de huisarts. Duursma beschrijft de werkwijze van de specialist als volgt: berust de klacht op een somatische oorzaak en zo ja, wat is de aard van de afwijking? In overleg met de patiënt wordt een programma van onderzoek opgesteld en na het stellen van de diagnose worden de behandelingsmogelijkheden besproken. Nagegaan wordt door wie de eventuele behandeling het best kan worden verricht en wie de patiënt het best kan begeleiden vóór, tijdens en na de behandeling.

In tegenstelling tot de huisarts is de specialist in veel mindere mate gewend aan het hanteren van onzekerheden en zal hij ook veel minder vaak de stap-voor-stap-procedure hanteren in zijn diagnostisch beleid. Een goede samenwerking tussen huisarts en specialist zal, aldus Duursma, slechts mogelijk zijn als zij van elkaar weten op welke wijze zij hun werk verrichten.

Het samenwerkingsmodel dat Duursma voorstelt is gebaseerd op de zogenaamde verzorgingseenheid. Deze bestaat uit een specialist, een arts-assistent, een co-assistent en een secretaresse. Een verzorgingseenheid houdt enige malen per week een ochtend of een middag spreekuur in de polikliniek. Patiënten die klinisch onderzoek of een klinische behandeling behoeven, worden opgenomen op een afdeling, waar de verzorgingseenheid die de pa-

\*Duursma beschrijft derhalve de werkwijze van de huisarts in tamelijk normatieve bewoordingen: het is uiteraard zeer de vraag in hoeverre alle Nederlandse huisartsen nu werkelijk zo methodisch werken.

tiënt ook poliklinisch ontmoette, werkzaam is. In de kliniek zijn de bedden voor een verzorgingseenheid ondergebracht in één afdeling en werkt de verzorgingseenheid samen met een vaste groep verpleegkundigen. De huisarts ontvangt in het model van Duursma zijn patiënten dagelijks op zijn spreekuur of bezoekt ze thuis. Voorgesteld wordt de huisarts daarnaast een ochtend of een middag spreekuur te laten houden in de polikliniek van het ziekenhuis. Gedurende de rest van de week selecteert hij die patiënt voor wie hij een specialistisch advies gewenst acht. Is opname in het ziekenhuis noodzakelijk, dan komt de patiënt op de afdeling van de verzorgingseenheid, waarmee de huisarts samenwerkt. Tenminste éénmaal per week bezoeken huisarts en specialist samen de patiënt. De huisarts heeft hierbij de functie van medebehandelend arts. Van groot belang is dat de specialist ten opzichte van de patiënt laat blijken dat de huisarts volledig op de hoogte is van de behandeling van de patiënt. Aldus kan de patiënt het vertrouwen worden gegeven dat de huisarts de begeleiding van de patiënt kan overnemen na vertrek uit het ziekenhuis.

Op het artikel van Duursma is door middel van een briefwisseling in Medisch Contact een levendige discussie gevolgd. Fontein (1981) geeft als kritiek op dit voorstel van Duursma dat het wellicht geschikt is voor onderzoek en opleiding, maar dat het voor de algemene praktijk niet uitvoerbaar lijkt te zijn. Ook Van Soeren (1981) heeft kritiek op Duursma. Hij vraagt zich af hoeveel huisartsen Duursma per week wel spreekuur denkt te laten houden in de ziekenhuispolikliniek, of Duursma eraan gedacht heeft dat huisartsen patiënten naar meer dan één ziekenhuis in de regio verwijzen, in hoeverre Duursma verantwoordelijkheid wil nemen voor het advies over een patiënt die hij niet te zien krijgt en hoe Duursma de visite van de huisartsen aan de opgenomen patiënten denkt te organiseren. Wat betreft de cruciale vraag over het nemen van verantwoordelijkheid over adviezen aangaande patiënten die men niet heeft gezien, antwoordt Duursma (1981b) dat hij daarin bereid is verder te gaan naarmate hij de huisarts beter kent. De volgende discussie tussen Van Soeren en Duursma spitst zich vooral toe op de vraag over de eigen verantwoordelijkheid van de specialist: komt deze niet zwaar onder druk te staan als men de huisarts, zoals Duursma doet, nadrukkelijk ziet als de centrale figuur?

Nijhuis (1981) richt zich vooral op het verwijzen van huisarts naar specialist. Daaraan voorafgaande stelt hij dat een verbetering in de relatie



huisarts-specialist pas tot stand kan komen bij een hoge mate van eigenwaarde van de individuele huisarts, een open en directe communicatie met de specialist en het maken van een aantal duidelijke spelregels met de specialist wat betreft het verwijzen. Uitgangspunt voor zijn benadering is dat er niets met of aan de patiënt door de specialist gebeurt zonder voorafgaand overleg met en instemming van de huisarts en de patiënt. De door Nijhuis aangehaalde literatuur gaat er volgens hem vooral van uit dat het verwijzingsproces vooral gericht moet zijn op het zo verantwoord mogelijk informeren van de specialist door de huisarts. Nijhuis gaat echter uit van het uitgangspunt van het zich zo verantwoord mogelijk laten informeren van de huisarts door de specialist. Dit kan echter pas als er aan een aantal voorwaarden is voldaan:

1. De vraagstelling aan de specialist moet eenduidig zijn.
2. De huisarts moet er scherp op toezien dat de specialist antwoord geeft op de gestelde vraag én dat de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts.
3. De huisarts overlegt en besluit samen met de patiënt wat er op basis van de specialistische gegevens verder zal gebeuren.
4. De huisarts stelt de specialist van dit overleg en besluit op de hoogte.

Elias en Spangenberg (1983) presenteren hun bijdrage als: een aanpak ter versterking van de onderlinge relatie. Hun benadering 'steunt op ervaringen met een in de praktijk ontwikkeld onderzoeksmodel'. Zij beogen met hun werkwijze een versterking van de relatie tussen de ziekenhuisspecialisten en verwijzende huisartsen via de ontwikkeling van een in de situatie van een bepaald ziekenhuis passend samenstel van activiteiten, gericht op het opsporen en bespreekbaar maken van wenselijke werkwijzen en knelpunten in de relatie ziekenhuisarts-huisarts; het oplossen of althans verminderen van ongewenste effecten van dergelijke knelpunten; het tot stand brengen van nieuwe organisatievormen, afspraken en procedures in de relatie ziekenhuisarts-huisarts. Deze doelstelling heeft betrekking op een reeks van concrete zaken met een nogal verschillend gehalte, zoals de auteurs stellen. Het gaat hier om ontslagbrieven, bereikbaarheid van de specialisten, protocollering van de behandeling van chronische patiënten, en versterking van de diagnostisch-consultatieve dienstverlening.

Zo'n bonte rij onderwerpen vraagt volgens de auteurs om een op de verhoudingen tussen de mensen toegesneden aanpak. Er is echter wel een hoofdstamien, dat door hen wordt aangeduid als 'een concrete en aansprekende openingsactie, in de vorm van een kortdurend veldonderzoek, op grond waarvan vervolgens organisatieveranderingen worden ondernomen'. Het veldonderzoek is gericht op de meningen van die huisartsen die naar een bepaald ziekenhuis verwijzen over de samenwerking tussen hen en de ziekenhuisspecialist. De uitkomsten van het onderzoek kunnen aanleiding zijn voor het geleidelijk activeren van werkbeprekingen tussen huisartsen en specialisten. Hiervoor is een 'wervende aanpak' nodig, waarbij een functionaris die optreedt als een centraal punt moeilijk kan worden gemist. Ook een zekere mate van organisatie aan de kant van de huisartsen wordt door Elias en Spangenberg wenselijk geacht.

Ook Peters (1982) spreekt over een 'model' voor succesvolle samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns. Hij stelt voor deze te beperken tot de centrale figuren daarin, de huisartsen en specialisten. Met behulp van produktiegegevens moet men uitzoeken wie de huisartsen zijn die vaak naar een bepaald ziekenhuis verwijzen; deze komen vooral in aanmerking om voor de samenwerking benaderd te worden. Een beginselverklaring van huisartsen en specialisten zou de basis moeten vormen waarop de samenwerking gestalte krijgt. Inzicht in samenwerking als veranderingsproces is onontbeerlijk voor het uiteindelijke resultaat, zodat vooral in de beginfase de hulp van deskundigen (agogen) niet gemist kan worden. Peters onderscheidt in de samenwerkingsstructuur de volgende elementen:

- een plenaire vergadering als orgaan dat het beleid vaststelt en hiertoe bijvoorbeeld jaarlijks bijeenkomt;
- een projectgroep die de plenaire vergadering voorbereidt;
- en werkgroepen die zich richten op speciale onderdelen van de samenwerking, zoals taakafbakening voor huisarts en specialist, en nascholing, dient rekening te houden met een 'sneeuwbaaleffect', ook al begint men alleen met huisarts en specialist, in de loop van het samenwerkingsproject zullen steeds meer disciplines en steeds meer terreinen bij de samenwerking betrokken raken.

Uit ervaring constateert Peters dat in alle succesvolle samenwerkingsverbanden één figuur als een 'voortrekker' was aan te wijzen; het lijkt erop dat een dergelijke figuur een noodzakelijke factor is bij een succesvolle samenwerking. Tenslotte vraagt Peters aandacht voor de evaluatie van het hele proces; men moet kijken of het allemaal gelukt is en daartoe zal een behoorlijke administratie gevoerd moeten worden, die alle aspecten van de samenwerking, zowel inhoudelijk als financieel, in kaart brengt.

Als laatste in deze rij komt Spangenberg (1983) met een artikel getiteld 'De relatie huisarts-ziekenhuisarts; een model voor betere samenwerking'. Spangenberg schetst allereerst de verschillen in oriëntatie en werkwijze van huisarts en specialist. Zie hiervoor figuur 2.

Figuur 2 Fundamentele verschillen in oriëntatie tussen huisartsen en specialisten. Naar Spangenberg (1983).

HUISARTS	ZIEKENHUISARTS
- Breed inzicht, grote lijnen	- Inzicht in de diepte, intensief
- Oriëntatie op samenwerkingsstructuren	- Oriëntatie op het ziekenhuis
- Integrale zorg	- Specialistische behandeling
- Intermenselijke relaties	- Individueel gedrag
- Continuïteit van zorg	- Tijdelijke zorg
- Welzijn als doel	- Genezing als doel
- Pragmatische oplossingen	- Maximalisatie van mogelijkheden
- Totale morbiditeit	- Beperkte morbiditeit

Belangrijke vragen die volgens Spangenberg in een samenwerkingssituatie beantwoord moeten worden, zijn:

- Is de patiënt in alle stadia van behandeling op het juiste niveau van zorg (met een voorkeur voor de eerstelijnszorg)?
- Is de zorg juist verdeeld over de niveaus en is het systeem gesloten (dat wil zeggen: geen overlap of gaten)?
- Welke bijdrage kan poliklinische zorg van de tweedelijns bieden aan de huisartsgeneeskunde (diagnostische mogelijkheden)?
- Consulteren huisartsen en ziekenhuizen elkaar over en weer?

- Is de informatie-uitwisseling tussen eerste- en tweedelij n een éénrichtings- of tweerichtingsverkeer?

Hierna presenteert Spangenberg zijn model, dat hij overigens aanduidt als 'onderzoeksmodel', hoewel het onzes inziens toch veeleer is opgezet vanuit een begeleidingsperspectief dan vanuit een specifiek onderzoeksperspectief. Het model kent de volgende fasen: 1. oriënterende besprekingen, vaststellen van specifieke subdoelstellingen, schema van werkzaamheden. 2. groepsdiscussie met ziekenhuisartsen. 3. groepsdiscussie met huisartsen. 4. tussentijdse evaluatie van knelpunten. 5. formulering van een vragenlijst. 6. steekproeftrekking uit huisartsen met praktijk in de regio. 7. interviews bij een representatieve groep van huisartsen. 8. evaluatie van interviewgegevens. 9. schriftelijke enquête onder alle ziekenhuisartsen. 10. rapportering van alle onderzoeksfasen met concrete praktisch toepasbare adviezen voor verbetering van communicatielijnen en samenwerkingspatronen. Volgens Spangenberg is niet fase 10, de rapportering van de eindresultaten, het belangrijkste, maar juist het totaal van de activiteiten. De betrokkenheid, de herkenbaarheid van de gegevens en de uitslagen werkt sterk motiverend.

Als men deze publicaties gezamenlijk bekijkt, valt op dat het woord 'model' in de meeste gevallen een nogal zwaar woord is. Theoretische onderbouwing of verantwoording van de gekozen stappen om tot een betere samenwerking te geraken, ontbreekt als regel. Slechts de bijdrage van Visser probeert de verschillende vormen van samenwerking naar intensiteit enigszins te systematiseren. In de andere gevallen is het vooral een beschrijving van een recept dat waarschijnlijk met een redelijke kans op succes kan worden toegepast en in een aantal gevallen ook al toegepast is. De keuze voor juist dit model en niet een ander is echter bij alle schrijvers volstrekt onduidelijk. De verzorgingseenheid van Duursma bijvoorbeeld komt volledig uit de lucht vallen. Systematische vergelijking van verschillende 'modellen' ontbreekt ook.

### 2.3. Beschouwende publicaties over samenwerking tussen eerste- en tweedelij

De meer beschouwende publicaties hebben vooral oog voor de fundamentele verschillen in werkwijze tussen huisarts en specialist. Zo stelt Mulder (1983) in zijn Leidse oratie: "De visies van de specialist en de huisarts op gezondheid, gezondheidszorg en ieders taak daarin verschillen fundamenteel. Een voorbeeld: de huisarts tracht te voorkomen dat een mens ten onrechte ziek wordt verklaard en onnodig in het medisch kanaal terecht komt. De specialist ziet als taak erop toe te zien dat niemand ten onrechte gezond wordt verklaard." Dopheide (1983) ziet deze verschillen in bewijslast, samenhangend met grote verschillen in de gepresenteerde morbiditeit aan huisarts en specialist, als de belangrijkste bron van begripsverwarring en communicatiestoornissen tussen huisarts en specialist. Mulder wijst erop dat de specialisten wellicht een achterstand hebben op het gebied van communicatie en sociale vaardigheden, iets dat de jongste generatie huisartsen inmiddels via de beroepsopleiding wel geleerd heeft. Hij wijst erop dat samenwerking tussen eerste- en tweedelij aanmerkelijk verbeterd zou kunnen worden door kiezen voor een tamelijk kleinschalige opzet: als huisartsengroep zou je met een beperkt aantal specialisten zaken moeten doen. Bij het initiëren van samenwerking vanuit de tweedelij zal het overwicht van het ziekenhuis of de specialistenstaf volgens Mulder beperkt moeten worden. Hij meent overigens dat het ziekenhuis zich beter niet als promotor van de samenwerking kan opwerpen. De drijfveren van de ziekenhuisdirectie zijn vanuit hun gezichtspunt legitiem, maar soms niet in het belang van de patiënt en de gezondheidszorg. Wat betreft de consultatie tussen huisarts en specialist pleit Mulder ervoor dat deze ook in omgekeerde richting moet plaatsvinden door de huisarts als consultatiegever te laten optreden voor het ziekenhuisteam dat zijn patiënt behandelt. Ook voor de specialist heeft het optreden als consultatiegever een leer-effect. Hij krijgt meer oog voor de specifieke aspecten in de werksituatie van de huisarts.

Een interessante bijdrage aan de discussie leveren Everwijn, De Melker en Spreeuwenberg, (1983). Zij stellen dat de huisartsgeneeskunde zich van de specialistische geneeskunde heeft vervreemd. De ontwikkelde begrippen worden sterk verabsoluteerd en hebben een sterk normatief karakter; ze worden hierdoor in de praktijk weinig toegepast. De schrijvers menen dat

door de zich ontwikkelende huisartsgeneeskunde de nadelen van de traditionele geneeskunde worden overdreven. Binnen de huisartsgeneeskunde heeft dat tot gevolg dat de 'gezonde' verhoudingen nogal eens zoek zijn. 'We zien aan de ene kant een te kritische opstelling tegenover de geneeskunde, en aan de andere kant een overmatig aanleunen tegen de gedragswetenschappers'. Het is volgens de schrijvers 'begrijpelijk dat de huisartsgeneeskunde in het verleden de nadruk heeft gelegd op datgene wat haar van de specialistische geneeskunde onderscheidt; voor volwassenheid is het echter nodig het overeenkomstige en complementaire karakter van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde tot uitgangspunt voor verdere ontwikkelingen te kiezen.' Op dit moment wordt volgens de schrijvers de somatische invalshoek van de huisartsgeneeskunde nogal onderbelicht.

Vergelijkbare woorden zijn te lezen in het rapport 'De grenzen van de gezondheidszorg' van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (1983). Daarin wordt nadrukkelijk gepleit voor een terugkeer tot de arts als somatisch deskundige. Bruins (1984) neemt hiertegen duidelijk stelling en meent dat hiermee de klok weer vijftig jaar terug wordt gedraaid. Hij is bevreesd voor een herleving van een eenzijdig biologisch-reductionistisch model.

Hoefnagels, Kuijper en Polak (1983) hebben in het kader van het project Gezondheidszorg Almere een advies geschreven inzake de verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnszorg aldaar. Dit advies is duidelijk toegeschreven naar een gewenste verschuiving van kliniek naar polikliniek, van polikliniek naar eerstelijns en van eerstelijns naar zelf- en mantelzorg. Om een dergelijke verschuiving te kunnen realiseren is volgens de auteurs onder meer nodig:

- dat de bevolking bereid is hieraan mee te werken;
- dat de eerstelijns bereid en in staat is een taakverzwaring op zich te nemen;
- dat er een goede samenwerking bestaat zowel tussen eerste- en tweedelijns, alsook tussen de verschillende disciplines;
- een uitbreiding van behandelingsfaciliteiten in de polikliniek;
- het door overheid en financiers hanteren van aangepaste normen en voorwaarden.

De schrijvers menen dat het verwijssysteem van huisarts naar specialist in veel gevallen is ontaard van een consultatieprocedure in een patiëntovername-proces. Zij menen dat dit niet is toe te schrijven aan óf de

huisarts óf de specialist, maar dat het gaat om een interactie tussen cliënt, huisarts en specialist. Cliënten die vragen om het hoogste niveau van medische zorg, huisartsen die onvoldoende vertrouwen hebben in eigen kunnen en specialisten die moeite hebben de zorg over te laten aan de huisartsen en geen oog hebben voor de soms negatieve bij-effecten van specialistische behandeling.

Ten behoeve van de discussie delen de drie auteurs het werkkterrein van de specialistische geneeskunde in drie gebieden in:

1. Het gebied waar de specialist door zijn kennis, kunde en ervaring het meest is aangewezen diagnose en behandeling op zich te nemen.
2. Het gebied waar de zorg wél door de eerstelijns kan worden geboden, maar waar de eerstelijns diagnostisch en/of therapeutisch (consultatief) ondersteuning van de specialist nodig heeft.
3. Het gebied waar de specialist/de tweedelijns nu taken vervult die net zo goed of beter door de eerstelijns kunnen worden verricht.

Men zou hier kunnen spreken van oneigenlijk gebruik van de tweedelijns. De drie auteurs pleiten ervoor dit derde gebied weer in handen te geven van de eerstelijns en het tweede gebied te versterken. De vraag is in hoeverre de bevolking daarop ook invloed kan uitoefenen. In de benadering van de drie schrijvers is de relatie tussen arts en hulpvrager gebaseerd op de gelijkwaardigheid van ieders inbreng en op onderling vertrouwen. In zo'n benadering past dat de huisarts meewerkt aan een verwijzing wanneer de hulpvrager na een gesprek nog onvoldoende vertrouwen heeft in het oordeel of de mogelijkheden van de huisarts. In dat geval dient de keuze van de hulpvrager uiteindelijk de doorslag te geven. Huygen (1984) kan zich in deze en andere aanbevelingen van de drie auteurs zeer wel vinden, maar heeft toch grote twijfels over de haalbaarheid in de praktijk ervan. Hij wijst daarbij op de ervaringen te Hoogeveen, zoals beschreven door Swinkels en Dopheide (1982), waar men ondanks goede wil van beide kanten zelfs is opgehouden te praten over een goede taakafbakening tussen eerste- en tweedelijns. Ook de kwestie of de bevolking wel zo geporteerd is voor een versterking van de eerstelijns lijkt hem niet zonder problemen. Van Es (1983 en 1984) vraagt in twee redactionele artikelen aandacht voor de financiële problematiek van samenwerking tussen eerste- en tweedelijns. Het bestaan van een abonnementshonorarium voor de huisarts en een honorering per verrichting voor de specialist creëert een soort semi-permeabele

wand, waardoor de betrekkelijk eenzijdige patiëntenstroom van huisarts naar specialist is ontstaan. Hij pleit voor het in Denemarken bestaande systeem, waarbij de huisarts een betrekkelijk lage honorering per ingeschreven patiënt per jaar ontvangt en daarnaast een honorarium voor bepaalde verrichtingen. Dat zou wel als consequentie moeten hebben, stelt Van Es, dat huisartsen beter dan tot nu toe op het vervullen van een intensievere geneeskundige taak moeten worden voorbereid. De invoering van een meerjarige beroepsopleiding is daarvoor onmisbaar. In het volgende artikel stelt Van Es dat er in Nederland in vergelijking met andere landen een relatief scherpe spreiding van werkterreinen tussen huisarts en specialist is. Daardoor zijn er twee werelden ontstaan binnen de geneeskunde: men is geneigd zich in eigen kring op te sluiten, dáár de vraagstellingen te laten ontstaan en dáár de oplossingen te zoeken. Grondvoorwaarde voor samenwerking is volgens Van Es de aan beide kanten bestaande wil hiertoe. Voorwaarde is dan wel dat men inzicht heeft in elkaars werk. Opleiding en nascholing zal dat inzicht moeten leveren. Enerzijds zal de specialist meer moeten overdragen aan de huisarts en zal de nadruk op de consultatieve taak van de specialist groter moeten worden, maar anderzijds zullen de huisartsen ook in staat moeten zijn taken van specialisten over te nemen. Dit vergt kennis en vaardigheden, die de huisarts zich voor een deel nog eigen moet maken.

Belangrijke punten die uit deze bijdragen naar voren komen zijn:

- de niet op samenwerking tussen eerste- en tweedelijng gericht honoreringsstructuur;
  - de vraag of de patiënten altijd wel zo enthousiast zijn voor een sterkere eerstelijng;
- en, wellicht het allerbelangrijkste:
- het verschil in werkwijze tussen huisarts en specialist.

Interessant is dat sinds kort (zie het artikel van Everwijn e.a., 1983) deze verschillen weer wat minder benadrukt worden en de huisarts ook door de vertegenwoordigers van zijn eigen professie weer een beetje 'tot de orde' lijkt te worden geroepen.



#### 2.4. Enkele concrete samenwerkingsvormen tussen eerste- en tweedelij

In de hieronder kort besproken bijdragen wordt een beschrijving gegeven van een concreet samenwerkingsexperiment tussen huisarts en specialist, of worden richtlijnen gegeven voor een onderdeel daarvan.

Keijzers en De Koning Gans (1983) geven een verslag van een Maastrichts experiment inzake communicatie tussen huisarts en specialist. De doelstelling van de daartoe georganiseerde studiedagen was: kennisnemen van elkaars werkwijzen en van elkaars opvattingen over knelpunten en conflicten, alsmede over elkaars taakopvattingen. Een belangrijke conclusie is dat het bij het opzetten van protocollaire behandelingsprojecten tussen eerste- en tweedelij van belang is niet meteen alles tegelijk te willen beginnen; dat men met kleine protocollen moet beginnen en dat men in eerste instantie moet beginnen met weinig controversiële zaken.

Lodewick en Swinkels (1984) verhalen van een symposium over samenwerking tussen huisarts en specialist in de regio Gouda. De gesprekken waren zeer levendig en intensief. Afspraken werden gemaakt over de inhoud van de verwijsbrief, de inhoud van de ontslagbrief, de informatie aan de patiënt, het opnemen van contact met de huisarts als de toestand van de ziekenhuispatiënt verslechtert en het niet meer intercollegiaal doorverwijzen van patiënten, afgezien van spoedgevallen.

Over een Nijmeegs initiatief tot samenwerking tussen huisarts en specialist wordt gerapporteerd door Poels en Lagro-Jansen (1982). Ook hier staan afspraken en discussies over de verwijzing, de poliklinische behandeling, het opname- en ontslagbeleid en de berichtgeving centraal, terwijl tevens aandacht wordt geschonken aan het verschijnsel dat patiënten te lang onder specialistische controle blijven. De inbreng van de huisartsen was bij de discussie groter dan die van de specialisten. De rapporteurs concluderen dat een intensief persoonlijk contact een goede sleutel tot verbetering kan zijn.

Hageman, Van Giffen en Meijboom (1984) tenslotte rapporteren over de conclusies waartoe een gemengde commissie van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing kwam bij het formuleren van maatstaven, waaraan een goede verslaglegging van specialist aan huisarts moet voldoen. De op zichzelf nuttige richtlijnen zijn te gedetailleerd om hier integraal weer te geven.

Meer nog dan de bijdragen die een 'model' voor samenwerking aandragen zijn bovengenoemde rapportages erg concreet en beschrijvend. Een gevolg hiervan is dat de suggesties die de auteurs doen niet noodzakelijkerwijs in alle samenwerkingsexperimenten even vruchtbaar zijn.

#### 2.5.Onderzoek naar samenwerking tussen eerste- en tweedelij

Het onderzoek naar samenwerking tussen huisarts en specialist speelt zich zonder uitzondering af rond één of twee ziekenhuizen en de daarbij behorende huisartsen. Peters (1982) concludeert dat het experiment met het diagnostisch centrum in het ziekenhuis Oudenrijn geleid heeft tot substitutie van eerstelijnszorg voor tweedelijnszorg. Wijkkel en Van der Grijn (1982) komen bij hun evaluatie van ditzelfde experiment eerder tot de conclusie dat het diagnostisch centrum vooral commercieel voor het ziekenhuis van belang is geweest en dat het de produktie van de diagnostische tests flink omhoog heeft gestuwd. Deze laatste auteurs benadrukken dat een voorziening als een diagnostisch centrum niet zomaar ergens moet worden neergezet, maar moet worden gepland binnen het totale stelsel van samenwerkingsrelaties tussen eerste- en tweedelijns. Slechts onder bepaalde voorwaarden zou een diagnostisch centrum dan kunnen resulteren in de zo gewenste versterking van de eerstelijns. Wat zij wél een positief resultaat achten van het experiment zijn de protocollen die huisartsen en specialisten hebben ontworpen, mede naar aanleiding van hun intensiever geworden contact ten gevolge van het openen van het diagnostisch centrum.

De Greve en Vrakking (1983) onderzochten een aantal samenwerkingsrelaties tussen eerste- en tweedelijns en kwamen tot de conclusie dat vier 'fenomenen' een rol spelen bij deze samenwerkingsrelaties. Zij onderscheidden het ruilfenomeen, het afhankelijkheidsfenomeen, het normatieve fenomeen en het individuele motivatie-fenomeen. In de theorie van het ruilfenomeen komt samenwerking tot stand doordat partijen schatten meer opbrengsten aan samenwerking over te houden dan er kosten voor worden gemaakt. Volgens de theorie van het afhankelijkheidsfenomeen wordt samenwerking verklaard uit bestaande machtsrelaties van waaruit samenwerking kan worden afgedwongen. Bij het normatieve fenomeen wordt samenwerking ondernomen vanuit bepaalde normatieve opvattingen in de verwachting dat deze worden gedeeld door de samenwerkingspartner.

Volgens de theorie van de individuele motivatie wordt samenwerking ondernomen omdat één of meer personen daarvoor om welke reden dan ook sterk zijn gemotiveerd. In de praktijk blijken alle fenomenen vaak gezamenlijk voor te komen. In een volgend artikel beschrijft De Greve (1983) een typologie van samenwerkingsactiviteiten. Hij onderscheidt de volgende vijf activiteitensorten: het opstellen van een basisfilosofie, het doen van onderzoek, het verbeteren van de communicatie, het oplossen van praktijkproblemen en het inventariseren van klachten. Een schema met de verschillende eigenschappen van deze activiteitensorten is opgenomen in figuur 3. Aangetekend moet wel worden dat De Greve zijn typologie baseert op een zeer gering aantal samenwerkingsrelaties, namelijk vijf.

Swinkels en Dopheide (1982) onderzochten de samenwerkingsrelaties tussen eerste- en tweedelijns te Hoogeveen. Hoewel deze samenwerking zeer veel tijd kostte bleken beide groepen die er zeker wel voor over te hebben, huisartsen zelfs nog iets meer dan specialisten. Ook financieel waren er geen grote problemen, maar de taakafbakening tussen eerste- en tweedelijns bleek zeer veel problemen op te leveren. Huisarts en specialist claimen beiden een stuk gezondheidszorg tussen eerste- en tweedelijns. Deze auteurs menen dat het te Hoogeveen opgerichte 'Huisartsenberaad' van grote invloed is geweest op de (aanvankelijk zeer succesvolle) samenwerking. In dit huisartsenberaad, dat gekenmerkt wordt door een zeker voor vrije beroepsbeoefenaars zeer geringe mate van vrijblijvendheid, worden alle afspraken tussen huisartsen en specialisten of ziekenhuis voorbesproken en de afspraken worden ook min of meer collectief gemaakt. Hoewel buiten het bestek van het onderhavige onderwerp vallend, zijn toch ook de resultaten te Hoogeveen op het gebied van uniformering van de geneesmiddelenprescriptie de moeite waard om hier te vermelden. Het door huisartsen en apothekers ontwikkelde formularium bleek tot een aanzienlijke kostenreductie te leiden. Uit eigen waarneming kregen de onderzoekers de indruk dat het Huisartsenberaad daarbij een belangrijke rol speelde wat betreft controle op het naleven van de gemaakte afspraken.

Kolkman en De Jager (1984) onderzochten of huisartsen een preferentie hebben voor het kleine ziekenhuis bij het verwijzen van hun patiënten. Dit bleek in het algemeen niet zo te zijn. De contacten van huisartsen met specialisten van basisziekenhuizen zijn niet intensiever of persoonlijker dan die tussen huisartsen en specialisten van centrumziekenhuizen, zo

Figuur 3 Overzicht van vijf activiteitensorten. Naar De Greve (1983)

<i>Kermerken</i> <i>Activiteitsoort</i>	<i>Toepassing</i>	<i>Risico's/ zwakke punten</i>	<i>Pluspunten</i>	<i>Noodzakelijk vervolg</i>	<i>Toegankelijkheid activiteit voor</i>	<i>Kwalitatieve vereisten</i>
<i>Basisfilosofen</i>	in geval van: <ul style="list-style-type: none"> <li>. behoefte aan toekomstbeeld</li> <li>. onvoldoende consensus over fundamentele kwesties</li> <li>. persoonlijke voorkeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. blijft abstract/ ontoegankelijk</li> <li>. komt niet tot operationalisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. fundamenteel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. concretisering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voor zeer weinigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. theoretisch, conceptueel kunnen denken</li> </ul>
<i>Onderzoekers</i>	in geval van: <ul style="list-style-type: none"> <li>. complexe situaties</li> <li>. behoefte aan reductie van onzekerheid</li> <li>. behoefte aan rationele argumentatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. kostbaar in tijd en geld</li> <li>. gaat gemakkelijk voorbij aan factoren als belangen, wil e.d. (rationaliseren van gevoelens)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. elimineert 'wishful thinking'</li> <li>. hard materiaal ter beschikking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. concretisering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voor zeer weinigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. wetenschappelijke kennis en ervaring t.a.v. onderzoek</li> </ul>
<i>Communicatieverbeteraars</i>	in geval van onvoldoende leiding en organisatie, zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>. gebrek aan systematiek</li> <li>. gebrekkige informatie-overdracht</li> <li>. onduidelijke besluitvorming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. meer procedures dan beslissingen</li> <li>. meer informatie-productie dan informatie-gebruik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. mobiliseert potentiële mankracht</li> <li>. benutting van beschikbare ideeën, informatie</li> <li>. erkenning rol van individueel betrokkenen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. invoering communicatiesysteem</li> <li>. bewaking uitvoering</li> <li>. weer aandacht voor inhoud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voor enkelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. analytisch</li> <li>. creatief</li> <li>. mensenkennis</li> </ul>
<i>Praktijkproblemenoplossers</i>	in geval van: <ul style="list-style-type: none"> <li>. concrete, zichtbare problemen</li> <li>. urgentie van oplossing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voorbijgaan aan onderliggende problematiek</li> <li>. geen innovatieve effecten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. snel beschikbaar resultaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. beoordeling duurzaamheid der oplossingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voor velen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. creatief</li> <li>. slagvaardig</li> <li>. tactisch</li> </ul>
<i>Klachteninventariseerders</i>	in geval van: <ul style="list-style-type: none"> <li>. onduidelijke problematiek</li> <li>. behoefte velen te betrekken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. blijft bij inventariseren</li> <li>. vlucht voor in feite wezenlijke/ urgentere/ moeilijkere problemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. verkrijgen van overzicht over situatie</li> <li>. betrokkenen kunnen 'hun zegje doen'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. prioriteitenstelling</li> <li>. vertaling in plan van actie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. voor allen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. enquête/interview</li> <li>. technische kennis</li> <li>. regievoering</li> </ul>

stellen zij. Tevens bleek dat directies en medische staven van basisziekenhuizen niet actiever zijn dan die van centrumziekenhuizen in het bevorderen van de contacten tussen de specialisten en de huisarts. Wél vinden de huisartsen een basisziekenhuis over het algemeen gemoedelijker, gezelliger en overzichtelijker dan een centrumziekenhuis. Daar staat tegenover dat huisartsen het centrumziekenhuis prijzen om de medisch-technische voorzieningen.

Meijboom en Casparie (1980) deden een onderzoek naar de snelheid en de kwaliteit van de berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Gepoogd werd de berichtgeving te verbeteren door een andere lay-out van het voorbericht bij ontslag en door de medische staf het resultaat van de eerste meting te laten zien. De resultaten waren niet zeer bemoedigend. Verder bleek dat de snelle berichten inhoudelijk de beste waren. Het is volgens de auteurs vooral de attitude van de specialist die de kwaliteit van de berichtgeving bij ontslag bepaalt.

Van der Grinten (1981) doet verslag van vier jaar ervaring met consultatie in het gezondheidscentrum Withuis. Volgens de betrokken huisartsen zou in 20 % van de gevallen een verwijzing of een opname zijn gevolgd als de mogelijkheid tot consultatie niet bestaan zou hebben. In 15 % een telefonisch consult, in 37 % hetzelfde beleid als nu gevolgd, en in 28 % weet de huisarts niet wat hij zonder de consultatie gedaan zou hebben. Deze resultaten, die wijzen in de richting van substitutie, worden overigens door analyse van de ziekenfondsverwijscijfers van deze huisartsen niet ondersteund. Van der Grinten meent dat bij huisarts en internist door de consultatie het inzicht in elkaars manier van werken aanzienlijk gegroeid is. Het toetsingsaspect is volgens hem een niet te miskennen element van de consultatie. Het in vragende vorm te berde brengen van een moeilijke patiënt is duidelijk minder bedreigend dan het poneren van een stelling. Alleen al het feit dat een patiënt werd besproken, waarbij de inbrenger twijfels had over zijn handelwijze, was voldoende volgens Van der Grinten om de anderen kritisch aan het denken te zetten.

Jacobs, De Melker en Touw-Otten (1983) doen verslag van een lopend onderzoek naar samenwerking tussen huisartsen en specialisten en de kwaliteit van de hulpverlening. Zij onderscheiden een zestal samenwerkingsvormen: diagnostische raadpleging, consultatie, consultatieve verwijzing, verwijzing met overname van de behandeling, verwijzing met gezamenlijke behande-

ling en consultatie in het ziekenhuis. De samenwerkingsvormen waarbij expliciete werkafspraken worden gemaakt, blijken eerder een zeldzaamheid dan een regelmatig terugkerend patroon te zijn. De onderzoekers hebben de indruk dat het samenwerken met een internist voor een huisarts niet veel méér betekent dan dat hij regelmatig patiënten verwijst naar deze internist en zo nu en dan telefonisch overlegt. In een aantal gevallen bleek een duidelijke discrepantie te bestaan tussen de samenwerking zoals die tot stand is gekomen en de vorm van samenwerking die de huisartsen hadden nagestreefd. De huisartsen streven vooral de consultatieve verwijzing en de verwijzing met de gezamenlijke behandeling na, terwijl er in de praktijk vooral sprake was van verwijzingen met overname van de behandelingen. De schrijvers stellen dat de huisartsen bij veel verwijzingen niet expliciet mededelen dat zij gaarne bij de behandeling betrokken willen blijven. De ontevredenheid van de huisartsen met de samenwerking blijkt vooral samen te hangen met de wens meer invloed te kunnen uitoefenen op het behandelen door de specialist. Verder worden risico's van onnodige schade en medicaliserende effecten van specialistische hulpverlening door de huisarts genoemd. De internisten menen dat de huisarts zich vaak een bredere taak en deskundigheid toekent dan eigenlijk wenselijk is. Daarnaast uiten de internisten kritiek op het verder opkomen van het eerste echelon: 'het is onmogelijk dat de huisarts voor alles even grote belangstelling heeft en van alles verwacht moet worden dat hij alles maar doet'. De onderzoekers komen onder andere tot de volgende 'conclusies' (die zij, aangezien hun onderzoek nog lopende is, formuleren als hypothesen): verwijsbrieven van de huisarts zijn vaak niet voldoende duidelijk over de betrokkenheid van de huisarts na de verwijzing; schriftelijke informatie van de internist geeft vaak een gedetailleerd overzicht van diens hulpverlening, maar een antwoord op de vraagstelling van de huisarts ontbreekt veelal; het documentatiesysteem van de meeste huisartsen is onvoldoende om zicht te kunnen blijven houden op de hulpverlening van verwezen patiënten; doordat meningsverschillen over de voortgang van de hulpverlening bij verwezen patiënten veelal niet worden besproken, blijven als ongewenst ervaren situaties voor de patiënt onnodig lang voortduren. Dat internisten eerder verwijzing met overname van de behandeling voorstellen dan een consultatie of consultatieve verwijzing, is een gevolg van het feit dat zij onvoldoende zicht hebben op de beroepsspecifieke deskundigheid van de huisarts. De onderzoekers

pleiten ervoor dat de huisartsen zich én individueel én als groep én in overlegorganen veel duidelijker profileren en dat zij zich niet alleen actiever, maar vooral ook eenduidiger moeten opstellen. Zo'n duidelijke profilering zou echter ook moeten betekenen dat de huisartsen onderling tot een grotere uniformiteit in gedrag komen.

Hoewel niet rechtstreeks gericht op de samenwerking tussen eerste- en tweedelij, kunnen ook de onderzoeken van Dopheide (1982) en Boots (1983) hier genoemd worden. De eerste auteur constateerde dat de taakopvatting van de huisarts vrij sterk gerelateerd is aan zijn verwijscijfer. Het gaat hier dan vooral om de taak die de huisarts zichzelf toekent in vergelijking met wat hij 'des specialisten' acht. Huisartsen die méér zelf 'claimen' op diagnostisch en therapeutisch gebied, die veel diagnostische maar vooral therapeutische technieken zelf verrichten, en een positief-kritische opstelling ten opzichte van de specialist hadden, verwezen significant minder (wat men een indicatie voor een 'sterke' eerstelij kan noemen). Waarschijnlijk heeft dit veel te maken met de vraag hoe zeker men als huisarts in zijn schoenen staat (het omgaan met onzekerheid is wellicht het meest typerende kenmerk van het huisartsenvak).

Boots stelde vast dat huisartsen aanzienlijk verschillen in wat hij 'taakbreedte' noemt. Er bleek overigens niet sprake te zijn van één taakbreedte of taakopvatting: dit begrip lijkt te bestaan uit verschillende, onderling niet sterk samenhangende onderdelen.

Het op het terrein van samenwerking tussen eerste- en tweedelij verrichte onderzoek laat zich niet gemakkelijk samenvatten. Het meten van 'harde' effecten (afname verwijscijfers, opnamen, ligduur bijvoorbeeld) is niet eenvoudig en geeft, als het geprobeerd wordt, soms tegenstrijdige uitkomsten (zie bijvoorbeeld Peters versus Wijkkel en Van der Grijn). Een vaak terugkerend thema is de taakafbakening tussen huisarts en specialist: een huisarts met een 'brede' taakopvatting lijkt zodanig te werken dat de eerstelij relatief veel problemen zelf oplost, maar de afbakening van zijn taak en die van de specialist levert al gauw problemen op, zeker als er sprake is van een min of meer hechte organisatievorm van de plaatselijke huisartsen.

### 3. METHODE

Bij het ontwerpen van het onderzoek werd voortgebouwd op eerdere ervaringen, terwijl tevens aansluiting werd gezocht bij inzichten in de gevonden literatuur. Gekozen werd voor de postenquête (een door de respondenten zelf in te vullen en per post te retourneren schriftelijke vragenlijst) als belangrijkste techniek van materiaalverzameling. Deze techniek levert, mits de vragenlijst goed is gestructureerd, vrij veel gegevens op tegen geringe kosten.

Ten behoeve van de constructie van de vragenlijst werden in het voorjaar van 1984 interviews gehouden met 'sleutelfiguren' uit eerste- en tweede-lijn te Soest en Baarn. Er is naar gestreefd om uit de belangrijkste groeperingen (huisartsen, specialisten, maatschappelijk werk, wijkverpleging, apothekers) in beide plaatsen, één goed geïnformeerd persoon te spreken. Naar aanleiding van deze interviews, en ten dele aansluitend bij het eerder verrichte onderzoek te Hoogeveen (Swinkels en Dopheide, (1982), werd besloten de 'knelpunten' die met behulp van de vragenlijst zouden worden opgespoord te onderscheiden in knelpunten die te maken hebben met 'kosten' (in ruime zin) van samenwerking, in knelpunten met betrekking tot een aantal formele en procedurele afspraken (bijvoorbeeld protocollen), patiënt-gebonden problemen, verschillen in mentaliteit en werkwijze tussen Soest en Baarn, en in de taakafbakening tussen huisarts en specialist. Tevens werd van een aantal voorwaarden, die van belang geacht kunnen worden ter realisering van de doelstelling uit de intentieverklaring, gevraagd hoe belangrijk men iedere voorwaarde vond en hoe moeilijk het zou zijn aan die voorwaarde te voldoen, om op die manier vast te stellen waar de belangrijkste problemen liggen en of men het er onderling over eens is dat dat inderdaad de belangrijkste problemen zijn. Uiteraard werden op dit punt aan huisartsen en specialisten gelijke vragen gesteld.

Daarnaast werd de specialisten op meer kwalitatieve wijze (door middel van open vragen) gevraagd aan te geven wat men de sterke en zwakke punten van het eigen en het 'andere' ziekenhuis vindt, en werd aan alle respon-



denten gevraagd wat er zou moeten verbeteren om te zijner tijd te bereiken dat De Oelte kan rekenen op voldoende verwezen patiënten.

Voorafgaand aan één en ander is een aantal vragen gesteld over de formele en informele organisatievormen binnen de eerstelijns, en tussen eerste en tweede echelon. Van de 15 lijsten die aan de Soester huisartsen werden verzonden, werden er 13 geretourneerd; voor de overige groepen zijn deze getallen: huisartsen Baarn 8-7, specialisten Soest 19-17, specialisten Baarn 13-11, specialisten werkzaam in beide ziekenhuizen 11-10. De totale respons is 88 %.

Omdat veelvuldig voorkomt dat respondenten een of meer vragen van de enquête niet beantwoorden, wisselt de totaalscore per vraag. Om de tabellen leesbaar te houden, hebben we het aantal respondenten dat de desbetreffende vraag niet heeft ingevuld, niet weergegeven.

Citaten zijn cursief afgedrukt en zoveel mogelijk letterlijk weergegeven. Er is naar gestreefd een compleet beeld te geven van de meningen over de verschillende onderwerpen; alleen daar, waar een letterlijk citaat schadelijk zou zijn voor bepaalde betrokkenen, wordt een samenvatting gegeven. De letterlijke citaten zijn wel alle ter beschikking gesteld van de 'coördinatie groep' van huisartsen en specialisten.

#### 4. ALGEMENE GEGEVENS VAN DE RESPONDENTEN

De gemiddelde leeftijd van de huisartsen in Soest is 42 jaar, in Baarn 45 jaar. De gemiddelde leeftijd van de specialisten is 48½ jaar. Alle Baarnse huisartsen en 7 van de Soester huisartsen hebben een solo-praktijk. Drie Soester huisartsen werken in een gezondheidscentrum, één van de Soester respondenten werkt in een associatie en er is één solo-praktijk met een part-time langdurig assistent-huisarts.

De praktijkgrootte van de huisartsen in Soest is gemiddeld 2250, waarvan 63 % ziekenfondspatiënt. In Baarn is de grootte van de huisartspraktijk gemiddeld 2890, waarvan 61 % ziekenfondspatiënt. Het landelijk percentage ziekenfondspatiënten is 67.

De gemiddelde vestigingsduur van de huisartsen in Soest is 11 jaar, van de huisartsen in Baarn 14 jaar, van de specialisten van ziekenhuis Zonnegloren 11 jaar en van de specialisten in Maarschalksbos 8 jaar.

## 5. SAMENWERKINGSCONTACTEN VAN DE HUISARTS BINNEN DE EERSTELIJN

### 5.1. Inleiding

In de enquête is gevraagd naar de samenwerkingscontacten van de huisartsen onderling en van de huisartsen met de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de apothekers.

Niet gevraagd is naar de contacten met de talrijke vrijgevestigde fysiotherapeuten, met de verloskundigen en met de ziekenverzorging. Uit de interviews kregen we de indruk dat er in het patiënt-gerichte contact van de huisartsen met deze hulpverleners geen grote problemen lagen.

### 5.2.1. Overleg van huisartsen met andere beroepsgroepen in de eerstelijnszorg

Noch in Baarn, noch in Soest bestaat georganiseerd overleg tussen de huisartsengroep en de wijkverpleging. Pogingen daartoe in het verleden zijn op niets uitgelopen. Eén van de huisartsen schrijft daarover: "*Het was zeer onbevredigend*". Evenmin is er georganiseerd overleg tussen de huisartsengroep en het maatschappelijk werk.

In beide plaatsen bestaat wel geregeld overleg tussen de huisartsengroep en de apothekers. In Soest gebeurt dit 1x per maand; in Baarn 1x per 6-8 weken. Deze bijeenkomsten worden goed bezocht en men is er tevreden over.

Tabel 1      Aanwezigheid van de huisartsen  
                 op de apothekersbijeenkomsten\*

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Nooit	2	1
Soms	1	-
Meestal	6	-
Altijd	4	6

\*Terwille van de leesbaarheid is in de tabellen het aantal respondenten dat de desbetreffende vraag niet heeft ingevuld, niet weergegeven.

Tabel 2      Tevredenheid van de huisartsen  
                 over de apothekersbijeenkomsten

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Gaat wel	2	2
Tevreden	8	5

Een groot verschil tussen de huisartsen in Soest en Baarn is er ten aanzien van de behoefte om samen met de apothekers te komen tot het ontwikkelen van formularia. In Soest willen tien van de dertien huisartsen dat wel, in Baarn willen zes van de zeven huisartsen dat niet.

Eén van de huisartsen schrijft dan ook dat *'er inmiddels een commissie is ingesteld die de BEREIDHEID om tot de ontwikkeling van formularia te komen inventariseert. Het is nog onzeker of de Baarnse huisartsen nu al meedoen (die nog niets gewend zijn).'*

De huisartsen die positief staan ten aanzien van formularia, vinden dat die ontwikkeld moeten worden ten aanzien van alle, dan wel de meeste in de huisartspraktijk voorkomende groepen geneesmiddelen. Met name worden genoemd:

- Pijnstillers
- Antibiotica
- Antirheumatica
- Dermatologica
- Circulatoria

In Soest gaat dit jaar een overleg tussen huisartsen, apothekers en specialisten over het geneesmiddelenformularium van start. Het is de bedoeling 1x per 1 à 2 maanden te overleggen. De ziekenhuis-apotheker schrijft *'dat er dan hopelijk meer activiteit van de huisarts zelf komt'*. Als kritiek wordt genoemd dat het initiatief teveel bij de apothekers ligt en dat een gespreksleider nodig is.

5.2.2. Geregeld dan wel incidenteel overleg van huisartsen met  
individuele wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden

In Baarn heeft geen van de huisartsen *geregeld overleg* met maatschappelijk werkenden of met wijkverpleegkundigen. In Soest zegt de helft (zeven van de dertien) van de huisartsen dat ze geregeld overleg op vaste tijdstippen heeft met individuele (of groepjes) wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden.

De frequentie en duur variëren sterk van één keer per week gedurende 2 uur (tijdens een multidisciplinair overleg van 3 huisartsen, 4 wijkverpleegkundigen en 1 maatschappelijk werker) tot een keer per 1½ maand gedurende ½ uur.

Bij de wijkverpleging gaat het meestal om groepjes (van 2 tot 5 wijkverpleegkundigen) waarmee de Soester huisartsen overleggen, bij het maatschappelijk werk steeds om één maatschappelijk werker. Aard van de bespreking: organisatorisch en patiënt-gericht. Elkaars functioneren bespreken (casusbespreking).

Naast dit geregeld overleg komt *incidenteel overleg* met de wijkverpleging zowel in Soest als in Baarn voor.

Gevraagd naar eventuele behoeften tot intensiever contact zeggen 15 van de huisartsen: "*het is goed zo*". Eén wil minder intensief contact, twee willen intensiever contact.

Ook over de organisatie van de wijkverpleging is men in het algemeen niet ontevreden.

Tabel 3      Tevredenheid van de huisartsen over de  
                 organisatie van de wijkverpleging

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Ontevreden	3	1
Gaat wel	5	2
Tevreden	3	4

De kritiek die wordt genoemd:

- '- Er wordt meer vergaderd dan gewerkt.
- Teveel ge-OH. Op een enkele goede uitzondering na verschuilen de wijkverplegers zich voortdurend achter het TEAM, kunnen geen beslissingen nemen, moeten alsmaar vergaderen.
- Onvoldoende 'management' wijkverpleging. Neiging tot 'naar binnen op eigen functioneren' gericht zijn.
- Slechte bereikbaarheid (3x genoemd) o.a. door het wijkgericht werken van de wijkverpleging.
- Niet continu bereikbaar.
- Ik streef al jaren naar een home-team met een beperkt aantal wijkverpleegkundigen (bijvoorbeeld 2) die toch al in mijn omgeving werken, maar die ook enkele gevallen elders zouden kunnen verzorgen. Hoewel met mij samenwerkende wijkverpleegkundigen dat wel zouden willen, maakt hun organisatie dit onmogelijk, zelfs niet bespreekbaar.
- Vaak onduidelijk in hun taken.'

Ook bij het maatschappelijk werk komt *incidenteel* overleg voor.

Over de intensiteit zeggen dertien huisartsen: "Het is goed zo" en vijf huisartsen willen liever een intensiever contact.

De huisartsen zijn redelijk tevreden over de organisatie van het maatschappelijk werk.

Tabel 4      Tevredenheid van de huisartsen over  
de organisatie van het maatschappelijk werk

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Gaat wel	4	4
Tevreden	5	2

Kritiek die wordt genoemd:

- '- Er is nauwelijks overleg.
- Vaak lange besprekingen met veel vertegenwoordigers uit andere eerste-lijn (waarschijnlijk wordt hier 'andere eerstelijns disciplines' bedoeld), resulterend in weinig directe maatregelen.

- *Gering contact met maatschappelijk werk; ligt aan mijzelf.*
- *Thuishulp en 24 uurs-hulp voor uitbreiding vatbaar.*
- *24 uurs-beschikbaarheid, althans bereikbaarheid, vereist voor overleg buiten kantooruren.*
- *Soepelere samenwerking nodig van maatschappelijk werk met psychiaters/psychologen. Terreinafbakening onduidelijk.*
- *Meer voortgezette beroepsopleiding vereist voor groepen en consultatie.'*

#### 5.3.1. Overleg binnen de huisartsengroep

Afgezien van de twee recente bijeenkomsten naar aanleiding van de intentieverklaring, bestaat er geen geregeld vast overleg tussen de groep Soester huisartsen en de Baarnse huisartsen.

#### 5.3.2. Plaatselijke huisartsenbijeenkomsten

In beide plaatsen komen de huisartsen maandelijks bijeen voor de huishoudelijk-organisatorisch en medisch-inhoudelijke besprekingen. Deze bijeenkomsten worden veelvuldig bezocht.

Tabel 5      Aanwezigheid op de plaatselijke  
                 huisartsenbijeenkomsten

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Soms	1	1
Meestal	1	1
Altijd	11	5

Men is redelijk tevreden over de onderwerpen die ter sprake komen: over de huishoudelijk/organisatorische méér dan over de medische. De ene ontevreden Baarnse huisarts verzucht hierover: "Er gebeurt niets!" En dat plaatst de tevredenheid van de overige huisartsen in een iets ander licht.

Verdere kritiek o.a.:

- '- *In Baarn ook graag huisarts-onderwerpen!!*
- *Meer op de huisartspraktijk toegespitste onderwerpen, minder al te specialistisch.*
- *Zou meer willen praten over het opstellen van protocollen bij de diverse behandelingen.*

- *Vaak te vrijblijvende afspraken.*
- *Vrijblijvendheid en onderlinge concurrentie is onderliggende vijand voor goede afspraken.*
- *Veel te veel ge-OH. Veel beslissingen worden op de lange baan geschoven.*
- *Meer zakelijke afspraken, geen rancuneuze ruzies.*
- *Gespreksleider nodig en betere voorbereiding.*
- *Om de beurt een gespreksleider actief laten zijn.'*

### 5.3.3. Waarneemgroepen

In beide plaatsen zitten de huisartsen in avond- en weekendwaarneemgroepen. In Soest wordt vier keer per jaar een weekend-evaluatiebespreking over medische zaken gehouden, door alle huisartsen.

In de avondwaarneemgroepen in Soest worden geen medische zaken besproken (één huisarts zegt van wel).

In Baarn zegt de ene helft van de huisartsen dat er in de weekend- en avond-waarneemgroep wel over medische zaken wordt gepraat, de andere helft van de huisartsen zegt dat dit niet gebeurt.

### 5.3.4. Werkoverleg tussen huisartsen

In Baarn komt vast werkoverleg tussen de huisartsen niet voor. In Soest daarentegen hebben zeven van de dertien huisartsen dat wel. Bij vijf van hen gaat het om een *dagelijkse* bespreking met één of meerdere collega's. De aard wordt omschreven als:

'Patiëntenoverleg, casusbespreking, consultatie en confrontatie en spuien van bijvoorbeeld grieven over fratsen van andere hulpverleners'.

Vijf van de zeven overleggende huisartsen hebben bovendien nog een tweede vaste overlegafspraak met een collega. Over het algemeen is men tevreden over dit inter-collegiale werkoverleg.

*Incidenteel* overleg met collega-huisartsen komt veel voor: 75 % van de huisartsen zegt incidenteel met collega's te overleggen. Vijf Soester huisartsen hebben noch *geregeld* noch *incidenteel* overleg met collega's.



### 5.3.5. Onderlinge kritiek huisartsen

Niemand van de Soester en Baarnse huisartsen is het eens met de stelling: 'Er is hier geen onderlinge kritiek'. Eén huisarts in Baarn vindt dat de onderlinge kritiek tussen de huisartsen in zijn woonplaats niet bespreekbaar is.

Eén Soester huisarts vindt het bespreken van kritiek geen enkel probleem, evenals drie Baarnse collegae. De meeste huisartsen hebben gemengde ervaringen.

Tabel 6      Bespreekbaarheid onderlinge  
                 kritiek huisartsen

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn
Kritiek is hier niet bespreekbaar	-	1
Kritiek is met sommigen wel, met anderen niet bespreekbaar	12	3
Kritiek bespreken is hier geen probleem	1	3

De helft van de huisartsen in beide plaatsen wil dat er binnen de lokale huisartsengroep méér gedaan wordt aan het bespreken van onderlinge kritiek.

Opmerkingen die hierover gemaakt worden:

- '- Zou mijns inziens wenselijk zijn. Voorwaarden vooraf zouden wel gesteld moeten worden om alle huisartsen erbij betrokken te laten zijn.
- Jazeker, maar er is helaas een te eng verband tussen ieders sociale status en ieders medisch functioneren.
- Indien dit ook betekent toetsing medisch-technisch handelen: NEE.
- Nee, als er te erge kritiek is komt het wel naar voren.
- Niet méér, wel duidelijker over elkaars houding en visie.
- Indien constructief, ja.
- Mijn streven sinds jaren.'

#### 5.4. Meningen van huisartsen over het functioneren van de eerstelijns

Het merendeel (80 %) van de huisartsen is tevreden over het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg in z'n woonplaats.

Kritiek die wordt genoemd:

- '- *Te weinig contact maatschappelijk werker en wijkverpleging (3x genoemd)*
- *Te weinig overleg tussen huisartsen onderling en met maatschappelijk werk en wijkverpleging/te weinig intensief overleg.*
- *Gemaakte afspraken tussen huisartsen worden te weinig nageleefd.*
- *Individuele huisartsenkwiteit sterk variabel.*
- *Eerstelijns te veel verbrokkeld door persoonlijke belangentegenstellingen.*
- *Onderliggende concurrentie-houding.*
- *Financiële repercussies voor individuele leden staan volwaardige discussie en visie op de eerstelijns in de weg.*
- *Geen duidelijk beleid ten aanzien van de tweedelijns.*
- *Verschillen in inzicht over mate van samenwerken.'*

#### 5.5. Samenvatting

De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over het functioneren van de eerstelijns. Opvallend is dat het merendeel van de huisartsen slechts incidenteel overlegt met maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en dat er geen vast overleg tussen de huisartsengroepen en het maatschappelijk werk en de wijkverpleging bestaat. De meeste huisartsen hebben geen behoefte aan intensiever contact, maar over de organisatie van maatschappelijk werk en wijkverpleging is men slechts matig tevreden, de wijkverpleging in Baarn uitgezonderd, waarover men tevreden is.

Zowel in Soest als in Baarn komen de apothekers en huisartsen regelmatig bij elkaar en men is tevreden over de bijeenkomsten. In Soest wil men komen tot een geneesmiddelenformularium, in Baarn niet.

In beide plaatsen komen de huisartsen maandelijks bij elkaar en men is redelijk tevreden over deze bijeenkomsten, hoewel een enkeling vindt dat minder vrijblijvend en meer over huisarts-onderwerpen gepraat moet worden. Vast werkoverleg tussen huisartsen komt in Baarn niet voor, in Soest heeft de helft van de huisartsen dat wel.

## 6. SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TWEEDELIJK

### 6.1. Overleg tussen de ziekenhuizen en de huisartsengroepen

In beide plaatsen bestaat er geregeld overleg tussen vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de plaatselijke huisartsengroep. In Soest zijn hierbij vijf huisartsen betrokken.

Er is een *stuurgroep 'Intentieverklaring'* die net gestart is.

Er is een *overleggroepje* t.b.v. de wekelijkse woensdag-middag-bijeenkomsten van huisartsen en specialisten in Zonnegloren, ook net gestart.

Al enige tijd komt een *contactcommissie specialisten/huisartsen*, waarin huisartsen, specialistische staf en directie vertegenwoordigd zijn, een keer per maand gedurende 1 à 2 uur bij elkaar. Aard van de besprekingen: 'het functioneren onderling en in beide groepen. Nu ook een serie aparte gesprekken met de internisten en de oogarts, waar de meest knelpunten zaten.

Men is tevreden over dit overleg, hoewel 'er nog veel is dat aan bod moet komen' en 'men het achterste van de tong niet laat zien', volgens de huisartsen.

Een specialist schrijft over dit overleg: 'Gaarne wat meer gebundelde (gedocumenteerde) kritiek op de huisartsen', en over de manier waarop de onderwerpen besproken worden: 'Specialisten zeggen vaak niet hun (soms harde) mening aan hun broodheren'.

In Baarn zijn drie huisartsen betrokken bij een organisatorisch overleg tussen huisartsen en specialisten van ziekenhuis Maarschalksbos. Men komt één keer per 2 maanden gedurende 1 uur bij elkaar om te praten over eerste- en tweedelijnszaken. Men is daar tevreden over, hoewel één huisarts zegt 'het kan korter'.

### 6.2. Bijeenkomsten van specialisten en huisartsen in de ziekenhuizen

#### Zonnegloren en Maarschalksbos

In beide ziekenhuizen worden wekelijks bijeenkomsten georganiseerd van de specialisten met de huisartsen. Deze bijeenkomsten staan open voor de huisartsen en specialisten uit beide plaatsen, maar in de praktijk blijkt

dat vooral de plaatselijke huisartsen en specialisten komen.

#### 6.2.1. Bijeenkomsten in Zonnegloren

In Zonnegloren (Soest) wordt op de woensdagmiddag-bijeenkomst altijd een wetenschappelijk praatje gehouden, waarna er de mogelijkheid is voor informeel contact en overleg over werk en patiënten.

De bijeenkomsten worden goed bezocht door de Soester huisartsen en redelijk door de specialisten, waarbij bedacht moet worden dat niet alle 17 Soester specialisten full-time aan ziekenhuis Zonnegloren zijn verbonden, en de derde groep van 10 specialisten z'n tijd minstens over 2 ziekenhuizen verdeelt.\*

De Soester huisartsen zijn matig tevreden over deze bijeenkomsten, de specialisten zijn wat positiever.

Tabel 7 Aanwezigheid op de bijeenkomsten in Zonnegloren

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
Nooit	-	7	1	9	1
Soms	1	-	5	2	4
Meestal	6	-	2	0	2
Altijd	6	-	9	0	3

Tabel 8 Tevredenheid over de bijeenkomsten van huisartsen en specialisten in ziekenhuis Zonnegloren

	Huisartsen Soest	Special. Soest	Special. Beide
Ontevreden	2	-	-
Gaat wel	8	10	3
Tevreden	3	7	5

\*Voor de leesbaarheid van de tabellen worden de specialisten die alleen in ziekenhuis Zonnegloren werken specialisten Soest genoemd; specialisten die alleen in ziekenhuis Maarschalksbos werken: specialisten Baarn; specialisten die in beide ziekenhuizen werken: specialisten beide.

Door de huisartsen genoemde wensen:

- *Onderwerpen graag meer gericht op de huisarts. Minder specialistisch/hobbyïstisch (5x genoemd)*
- *Vaak te weinig geënt op de eerste- en tweedelijnsproblematiek. Zelden praktisch (2x genoemd)*
- *Graag zoveel mogelijk aansluiting op de algemene praktijk.*
- *Psychosomatiek komt zelden aan de orde.*
- *Graag meer over behandelingsprotocollen.*
- *Röntgenbespreking Zonnegloren loopt vaak door tot 17.15 uur. Het uur van de onderlinge contacten.*
- *Geen behoefte aan voorlichting via de farmaceutische industrie.*
- *Huisarts meer betrokken bij presentatie van de casus.*
- *Indien de specialist één of enkele gevallen bespreekt, de betreffende huisartsen even laten inleiden, of althans waarschuwen dat hun patiënt wordt besproken.*
- *Meer nadruk op patiënten-demonstratie, waarbij elk z'n verhaal vertelt. Indien mogelijk met patiënt.*
- *Slechte sprekers waren (2x genoemd)*

Wensen van specialisten:

- *Meer overleg over samenwerking gewenst. Niet zo vaak 'case-studies' graag.*
- *Wetenschappelijke onderwerpen zijn voldoende. Niet-wetenschappelijke praktische samenwerkingsproblemen komen echter onvoldoende aan de orde (2x genoemd)*
- *Te weinig huisarts-onderwerpen; teveel kleine specialistische onderwerpen (2x genoemd)*
- *Er zouden meer voordrachten door huisartsen gehouden moeten worden.*
- *Er zouden meer onderwerpen vanuit de huisarts moeten worden behandeld.*
- *Meer algemeen theoretisch, minder casuïstiek.*
- *Dia's, transparanten. Sommige sprekers maken zich er wel erg gemakkelijk vanaf.*
- *Soms betere voorbereiding gewenst (2x genoemd)*
- *Soms onderwerpen gekozen, omdat het toevallig woensdag is en moet, niet omdat het zo boeiend is.*
- *Wetenschappelijker.*

- Vaak te langdradig, (4x genoemd)
- Te theoretisch,
- Te frequent,
- Na 30 jaar zijn deze vervuld!

Recentelijk is een commissie ingesteld bestaande uit een Zonnegloren-specialist en een Soester huisarts die verbeteringen en klachten kan bespreken.

### 6.2.2. Bijeenkomsten in Maarschalksbos

In Maarschalksbos (Baarn) troffen specialisten en huisartsen elkaar tot voor kort 2 keer per maand. Eenmaal per maand tijdens een borrel, eenmaal tijdens een wetenschappelijk praatje.

Op het ogenblik komt men wekelijks bij elkaar; één keer per maand voor een wetenschappelijk praatje en 3 keer per maand voor een borrel. De bijeenkomsten worden goed bezocht door de Baarnse huisartsen en door de specialisten.

Tabel 9 Aanwezigheid op de bijeenkomsten in Maarschalksbos

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
Nooit	11	-	14	1	3
Soms	2	1	3	1	2
Meestal	-	3	-	4	2
Altijd	-	3	-	5	3

De Baarnse huisartsen zijn tevreden over de bijeenkomsten.

De specialisten in Maarschalksbos zijn iets meer verdeeld in hun mening over de bijeenkomsten.

Tabel 10 Tevredenheid over de bijeenkomsten van huisartsen en specialisten in Maarschalksbos

	Huisartsen Baarn	Special. Baarn	Special. Beide
Ontevreden	-	2	1
Gaat wel	3	0	3
Tevreden	4	8	4

Door de huisartsen genoemde wensen:

- *Vaker huisartsen aan het woord.*
- *Meer gericht op de eerstelijns.*
- *Meer op de huisartspraktijk gericht is voor mij interessanter.*
- *Betrokkenheid van huisartsen wat betreft bijvoorbeeld indicatie tot opnemen en verder beleid komt meestal niet ter sprake bij casuïstiek.*

Wensen van specialisten:

- *Meer inbreng van de huisarts ten aanzien van presentatie.*
- *Meer lezingen van de huisarts.*
- *Onderwerpen bij voorkeur kiezen op basis van door huisarts kenbaar gemaakte belangstelling.*
- *Waar mogelijk: onderwerpen door diverse specialisten laten belichten.*
- *Te weinig huisartsonderwerpen (2x genoemd)*
- *Soms te theoretisch. Liever iets praktischer (2x genoemd)*
- *Onderwerpen liefst in duidelijker overleg.*
- *Graag meer mensen aanwezig, waardoor meer discussie mogelijk is.*
- *Beter (audio-)visuele begeleiding (2x genoemd)*

6.3. Geregeld dan wel incidenteel overleg van huisarts met specialist

6.3.1. Overleg tijdens de bijeenkomsten in Zonnegloren en Maarschalksbos

De Soester huisartsen zeggen allen op één na dat ze geregeld overleg op vaste tijdstippen hebben met enkele, vele, dan wel alle specialisten van ziekenhuis Zonnegloren. Uit de antwoorden blijkt dat men dan vaak doelt op de mogelijkheid om specialisten te spreken voor en na het wetenschappelijke praatje op de woensdagmiddag. Specialisten die genoemd worden, zijn o.a.:

- internisten (5x)
- chirurgen (5x)
- gynaëcologen (5x)

Te weinig overleg met: - dermatologie (3x genoemd)  
- orthopedie (2x genoemd)  
- *'specialismen niet, specialisten wél!*  
- *geen: maar dat wil niet zeggen dat de contacten even goed zijn.'*

Geregeld overleg op een vast tijdstip van huisartsen met specialisten wordt, buiten deze woensdagmiddag-gelegenheid, niet genoemd.

Hetzelfde beeld geven de Baarnse huisartsen. De huisartsen die zeggen dat ze 1 keer per week geregeld overleg op een vast tijdstip hebben met (alle) specialisten blijken ook te doelen op de mogelijkheid rond de wekelijkse bijeenkomsten van huisartsen en specialisten in Maarschalksbos. Geen van de Baarnse huisartsen noemt een specialist met wie hij te weinig contact heeft.

#### 6.3.2. Ziekenhuisbezoek door de huisarts

Op de vraag hoe vaak de huisartsen het ziekenhuis binnenlopen om even met een specialist over een patiënt te praten, luidt het antwoord:

Tabel 11 Bezoek van specialist door de huisarts

	Ziekenhuis Zonnegloren		Ziekenhuis Maarschalksbos		
Huisartsen Soest:	1 x per week	7	Huisartsen Baarn:	2 x per dag	1
	1 x per 2 weken	2		1 x per dag	2
	nooit	2		2 x per week	2
				1 x per week	1
				nooit	-

Een verklaring van de verschillen in bezoekfrequentie tussen Soest en Baarn is het feit dat de Baarnse huisarts zijn post en uitslagen zelf in het ziekenhuis ophaalt.



Op de vraag hoe vaak de huisartsen in de respectievelijke ziekenhuizen opgenomen patiënten bezoeken, antwoorden de huisartsen:

Tabel 12 Bezoek van opgenomen patiënten door de huisarts

	Ziekenhuis Zonnegloren		Ziekenhuis Maarschalksbos	
Huisartsen Soest:	2 x per week	1	Huisartsen Baarn:	
	1 x per week	6		
	1 x per maand	1		
	nooit	2		
			2 x per week	1
			1 x per week	5
			nooit	1

Kortom: voor het merendeel van de huisartsen wordt de stap naar het ziekenhuis, de specialist of de opgenomen patiënt vaak gezet. Vooral de Baarnse huisartsen komen zeer vaak in 'hun' ziekenhuis.

### 6.3.3. Telefonisch overleg door de specialist

Op de vraag hoe vaak de specialisten een huisarts opbellen om overleg te plegen over een patiënt, antwoordt meer dan de helft van de specialisten dat dat minstens wekelijks is.

Tabel 13 Telefonisch overleg door de specialisten

	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide	Totaal
Enkele malen per dag	2	1	1	4
Enkele malen per week	10	4	2	16
Enkele malen per maand	-	2	4	6
Enkele malen per jaar	1	-	-	1
Nooit	1	1		2

#### 6.4. Tevredenheid van huisartsen en specialisten over de samenwerking

Op een aantal samenwerkingsaspecten hebben wij de tevredenheid van de huisartsen en de specialisten over elkaar gevraagd.

Opmerkelijk is hoe weinig de huisartsen en de specialisten in Soest en Baarn ontevreden over elkaar zijn op deze aspecten.

Tabel 14 Ontevredenheid over de specialisten in ziekenhuis Zonnegloren en Maarschalksbos in procenten.

	Ontevredenheid over special. Zonnegloren	Ontevredenheid over special. Maarschalksbos
1. Tijdstip van voorlopig ontslagbericht	-	17 %
2. Specialistenbrieven (inhoud)	-	-
3. Bereikbaarheid van specialist voor kort overleg	-	-
4. Specialistische consultatie	15 %	-
5. Doorverwijzing van specialist naar special.	50 %	70 %
6. Werkafspraken met de specialisten	27 %	33 %
7. Bericht bij verslechtere- ring van de toestand van ziekenhuispatiënt	69 %	67 %

De meeste huisartsen zijn zowel in Zonnegloren als Maarschalksbos tevreden over de aspecten 1, 2, 3, 4 en 6. Alleen bij de aspecten 5 en 7 wordt ontevredenheid genoemd door meer dan de helft van de huisartsen, ten aanzien van specialisten in beide ziekenhuizen.

In de vragenlijst is aan de huisartsen de mogelijkheid gegeven om naast de algemene tevredenheid uitzonderingsgevallen te noemen.

Hieronder de specialismen waarover men ontevreden is, die met name genoemd worden.

Tabel 15 Specialismen in resp. Zonnegloren en Maarschalksbos waarover men ontevreden is

Let wel: Uit onderstaande tabel zou men de indruk kunnen krijgen dat men over de specialisten in Zonnegloren ontevredener is dan over de specialisten in Maarschalksbos; dit is echter niet het geval: zie tabel 14 op de vorige pagina. De hier genoemde specialisten zijn uitzonderingen op de algemene tevredenheid.

	ZIEKENHUIS ZONNEGLOREN	ZIEKENHUIS MAARSCHALKBOS
Tijdstip van voorlopig ontslagbericht	-Internist -Dermatoloog	
Specialistenbrieven (inhoud)	-Internist(en) (5x) -Chirurg -Oogarts -Plastisch chirurg	-Oogarts
Bereikbaarheid van specialist voor kort overleg		
Specialistische consultatie	-Internist(en) (2x) -Neuroloog -Chirurg -Kinderarts -Gynaecoloog -Uroloog	-Oogarts
Doorverwijzing van specialist naar specialist	-Internist(en) (3x) -Oogarts -Neuroloog -Chirurg -Gynaecoloog -Uroloog	
Werkafspraken met de specialisten	-Internist(en) (2x) -Oogarts	
Bericht bij verslechtering van de toestand van ziekenhuispatiënt		

Over het geheel genomen zijn de specialisten tamelijk tot zeer tevreden over deze samenwerkingsaspecten met de huisartsen in beide plaatsen.

Tabel 16 Ontevredenheid over de huisartsen in Soest en Baarn in procenten

	Ontevredenheid over huisartsen Soest	Ontevredenheid over huisartsen Baarn
Bereikbaarheid van de huisarts als je over een patiënt wilt praten	16	8
Kwaliteit van de verwijsbrieven	13	8
Werkafspraken met de tweedelij	6	11
Tijdstip van verwijzen	10	-
Het juiste specialisme bij verwijzing	9	5
De juiste specialist bij verwijzing	18	6

Ook de intensiteit van het contact met de huisartsen wordt door het grootste deel der specialisten voldoende gevonden.

Tabel 17 Mate van intensiteit van het contact met de huisartsen (absolute getallen)

	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide	Totaal
Onvoldoende intensief	2	1	1	4
Voldoende intensief	13	9	5	27
Té intensief	-	-	-	-

Opmerkingen die de specialisten hierover maken:

- Contact met Baarnse en Soester huisartsen goed, maar zou iets intensiever kunnen (2x genoemd)
- In Baarn goede contacten zonder uitzondering. Driekwart van huisartsen loopt makkelijk tijdens ziekenhuisbezoek de poli in om één en ander te bespreken. Wekelijks contact voldoende. In Soest zijn de contacten met de meeste huisartsen minimaal en slechts telefonisch.
- In Baarn geen probleem, in Soest na 3 jaar nog steeds geen goed contact. Men kent daar mijn behandelwijze niet goed.

- Met een aantal huisartsen intensief contact; met een aantal andere (voornamelijk in Soest) vrijwel nooit contact.
- Met de meeste huisartsen goed contact; met enkele slecht, met name degenen die bijna nooit op de woensdagmiddag-bijeenkomst komen.
- Vrijwel over de hele linie onvoldoende.
- In het algemeen onvoldoende intensief door tijdgebrek (nog 50 % werk elders).
- Contact goed, bereikbaarheid soms moeilijk.
- Voldoende: namelijk alleen als noodzaak van overleg zich voordoet.
- Voor huidige werkwijze voldoende intensief.
- Geen contact noodzakelijk.

#### 6.5. Mening van de specialisten over het functioneren van de eerstelijns

De specialisten van de ziekenhuizen in Soest en Baarn zijn in het algemeen tevreden over het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts één specialist (in Soest) zegt dat hij ontevreden is over het functioneren van de eerstelijns. Het belangrijkste contact van de specialisten met de eerstelijns loopt echter via de huisarts. Zijn mening over het functioneren van de eerstelijns zal dan ook vooral gebaseerd zijn op ervaringen met de huisarts.

Dit blijkt ook als we kijken naar de door de specialist genoemde kritiek op het functioneren van de eerstelijns.

*Maatschappelijk werk* en *wijkverpleging* worden daarin *niet* genoemd, net zomin als samenwerkingsaspecten tussen beroepsgroepen in de eerstelijns of binnen de huisartsengroep. De kritiek slaat vaak op de verwijzingen door de huisarts: te vroeg, te laat, te veel, te weinig, fout, onduidelijke, onvolledige, dan wel blanco verwijsbrieven. En verder:

- huisartsen verwijzen te gemakkelijk naar andere ziekenhuizen.
- huisartsen hebben een veel te psychische benadering.
- eerstelijns stuurt vaak te laat in uit angst voor medicalisering.
- de huisartsen hebben iets te veel inmenging in de gang van zaken, maken misbruik van hun monopoliepositie.
- patiënten vinden de huisartsen slecht bereikbaar.
- patiënten kunnen moeilijk van huisarts wisselen.
- met enkele huisartsen moeilijk duidelijke werkafspraken te maken.
- sommige huisartsen graag bereid tot consultatie buiten de eigen regio.
- enkele huisarts gebruikt verwijzing als machtsmiddel.

Dit lijkt veel kritiek op het functioneren van de huisarts, met name wat betreft een aantal samenwerkingsaspecten huisarts/specialist. Maar zoals we zagen bij de antwoorden van de specialisten over de tevredenheid op een aantal aspecten van het functioneren van de huisartsen, is slechts een enkeling ontevreden.

Eén opvallend aspect van de beantwoording door de specialisten van de vraag naar de tevredenheid met het functioneren van de eerstelijns moet hier nog wel genoemd worden: de groep specialisten die zowel in ziekenhuis Zonnegloren als in ziekenhuis Maarschalksbos in Baarn werkt, geeft een duidelijk verschil in enthousiasme te zien over het functioneren van de eerstelijns in de twee plaatsen.

Tabel 18 Tevredenheid van de specialisten die zowel in Soest als Baarn werken over de eerstelijns in beide plaatsen

	Eerstelijns Soest	Eerstelijns Baarn
Ontevreden	1	-
Tamelijk tevreden	4	2
Zeer tevreden	4	8

#### 6.6. Samenvatting

Zowel in Soest als Baarn treffen de plaatselijke huisartsen en specialisten elkaar wekelijks op het wetenschappelijke praatje dan wel op de borrel. Men komt regelmatig en is redelijk tevreden over de bijeenkomsten. Individueel overleg van huisarts en specialist vindt ook dikwijls rond deze gelegenheid plaats, maar de huisartsen lopen ook vaak op andere tijden het ziekenhuis in hun woonplaats binnen om specialist of patiënt te bezoeken. Vooral in Baarn gebeurt dat erg veel: de huisartsen hebben binnen in het ziekenhuis een eigen postvakje (voor uitslagen e.d.). Een uitstekende gelegenheid om iemand aan te schieten of tegen het lijf te lopen. De specialisten nemen nogal eens telefonisch contact met de huisartsen op. Over de samenwerking is men in het algemeen tevreden. De enige punten waar meer dan de helft van de huisartsen ontevreden over is, zijn het onderling doorverwijzen van specialist naar specialist, en bericht bij verslechtering van de toestand van een in het ziekenhuis opgenomen patiënt.

## 7. DE ZIEKENHUIZEN ZONNEGLOREN EN MAARSCHALKSBOSS

De ziekenhuizen Zonnegloren en Maarschalksbos zijn in 1978 gefuseerd en hebben één directie. Een deel van de specialisten werkt in beide ziekenhuizen. De specialisten zeggen veelvuldig aanwezig te zijn op de bijeenkomsten van de medische staven.

Tabel 19 Aanwezigheid van de specialisten op de bijeenkomsten van de medische staven

	Special. Baarn	Special. Soest	Special. Beide
Nooit	-	1	1
Soms	5	2	1
Meestal	3	3	2
Altijd	9	5	6

De specialisten vinden over het algemeen dat onderlinge kritiek met sommige collegae wel, maar met anderen niet kan worden besproken. Twee specialisten uit Zonnegloren zeggen dat onderlinge kritiek niet bespreekbaar is.

Tabel 20 Mate van bespreekbaarheid van onderlinge kritiek specialisten

	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
Kritiek is hier niet bespreekbaar	2	-	-
Kritiek is met sommigen wel, met anderen niet bespreekbaar	14	9	7
Kritiek bespreken is hier geen probleem	1	2	3

Bij de sterke en zwakke punten van de ziekenhuizen wordt door de specialisten vaak de klein(schalig)heid in positieve en negatieve zin genoemd: individuele benadering, makkelijke onderlinge contacten, overzichtelijkheid, maar ook het ontbreken van bepaalde faciliteiten, zoals intensive care en 24 uurs-eerste hulp-service.

Hieronder eerst een bloemlezing van uitspraken over de sterke en zwakke punten van de ziekenhuizen van de specialisten die in beide ziekenhuizen werken:

#### Over beide ziekenhuizen

- '- In beide ziekenhuizen is er individuele benadering van de patiënt (2x genoemd.)
- Prettige omgeving.
- Onwoldoende mogelijkheid tot intensieve bewaking.
- Klein en knus.
- Persoonlijke benadering van patiënten en elkaars vak.
- Te weinig diagnostische en therapeutische mogelijkheden.
- Beide kleine ziekenhuizen met mogelijkheid tot snel ingrijpen, opname en contact met collegaspecialisten en huisartsen.
- Weinig tijdverlies met lange vergaderingen en problemen met directie en verpleging. Direct contact, dus je kunt alles snel regelen.'

#### Over Zonnegloren

- '- Enkele stafleden staan minder goed bekend bij bevolking en vooral bij de huisartsen.
- Gezellig huis, zeer goed OK-personeel en redelijke verpleging.
- Grote loopafstand. Sterk verouderd en slechte poli-faciliteiten.
- Sterk: het saamhorigheidsgevoel tussen specialisten en huisartsen. Het vrijmoedig uiten van kritiek op elkaars werk, zonder een element van afbraak.
- Door langere loopafstand is tijdverlies groter en door ander personeelsbeleid het contact stugger.
- Organisatorisch lijkt alles veel beter. Huisartsen, specialisten en directie hebben meer direct contact en komen daar ook. De sfeer is echter veel meer wantrouwend, onderlinge naijver. Kritiek wordt niet zoals in Baarn in positief direct contact met betrokkenen besproken. Alles wordt nogal opgeblazen.'



### Over Maarschalksbos

- '- *In het algemeen goede samenwerking van huisartsen met specialisten, vriendschappelijker.*
- *Overzichtelijker ziekenhuis, goede verzorging.*
- *Kleinschalig, dat geeft dat je intensief contact met andere specialisten hebt. Dat is goed en men leert praktijkgericht bezig te zijn.*
- *Kleinschalig heeft ook z'n negatieve kanten. Soms moet je teveel buiten eigen vakgebied doen.*
- *Indruk dat de ziekenhuishygiëne op een wat minder hoog peil staat.*
- *Sterk: durft als klein ziekenhuis klein te zijn. Goede onderlinge samenwerking en vertrouwen. Geen muggenzifterij.*
- *Zwak: huisartsen participeren onvoldoende in reilen en zeilen van het ziekenhuis. Staan er los van. Specialisten doen niet allen voldoende mee aan wekelijkse bijeenkomst. Directie evenmin.'*

De specialisten die alleen in Zonnegloren werken, zeggen over hun ziekenhuis:

- '- *Sterk: goede onderlinge lijnen. Mogelijkheid tot snelle consultatie.*
- *Voor een klein ziekenhuis breed pakket aan voorzieningen. Niet alleen primaire basisspecialismen.*
- *Sterk punt van Zonnegloren is de individuele behandeling van patiënten. Mijns inziens alleen mogelijk in een klein ziekenhuis.*
- *Zwak punt van Zonnegloren: de oude en aan vernieuwing toe zijnde gebouwen.*
- *Sterk: goed bereikbaar voor bevolking; goede specialisten aanwezig.*
- *Zwak: blijft een klein ziekenhuis - geen intensive care etc.*
- *Sterk punt is dat Zonnegloren klein is, overzichtelijk, directe behandeling door specialist zelf, gemakkelijk intercollegiaal overleg, prima verpleegafdeling chirurgie, dicht bij Soester bevolking, goedkoop. Zwak: oude behuizing, soms onvoldoende snel doorverwijzen naar groter centrum.*

- *Sterk: bereikbaarheid en gemakkelijk onderling contact.*
- *Zwak: te kleine omvang om ziekenhuisfarmacie naar behoren uit te voeren.*
- *Sterk: goede contacten met huisartsen.*
- *Zwak: sommige specialismen zouden op een iets lager niveau kunnen functioneren.*
- *Sterk: kleinschalig, persoonlijke benadering, makkelijker bereikbare specialisten, goede intercollegiale contacten; patiënten zoveel mogelijk in één huis behandeld en niet voor elk specialisme naar een ander ziekenhuis gestuurd.*
- *Zwak: kwetsbare positie, voor sommige specialismen geen keus. Persoonlijke bezwaren tegen één specialist doen mensen naar elders gaan.*
- *Sterk: klein ziekenhuis, korte verbindingslijnen met staf onderling en met de eerstelijns.*
- *Zwak: 'de grenzen' van de mogelijkheden van een klein ziekenhuis, waardoor intensievere patiënten in de organisatie tekort komen.*
- *Vanwege de grootte van het ziekenhuis is het contact tussen arts en patiënt mijns inziens beter dan in grotere centrumziekenhuizen.*
- *Zonnegloren is zwak in teamwork en heeft een slecht statusstelsel in vergelijking met een centrumziekenhuis waar ik ook werk. Echter sterk in regionale behandeling.*
- *Klein familiebedrijf.*
- *Zwak: verdeeldheid in sommige branches. Voor beide ziekenhuizen zou meer onderlinge consultatie wenselijk zijn.*
- *Geografische ligging aan rand woonkern. Sterk: Buiten in parkaanleg. Stilte, ruime parkeergelegenheid.*
- *Zwak: moeilijk bereikbaar.*
- *Zonnegloren wil ik liefst niet invullen.*

De specialisten uit Maarschalksbos:

- '- Klein ziekenhuis, overzichtelijk, in het algemeen goede onderlinge verhoudingen van de specialisten.
- Goed contact met staf en huisartsen.
- Ik werk tijdens het weekend in waarneming in Zonnegloren. Administratieve rompslomp is daar afgelopen jaar onmatig groot geworden. Er wordt mijns inziens overmatig gerapporteerd, geschreven en vergaderd door de verpleegkundigen. In Baarn dreigt dit ook te gebeuren. De ontwikkelingen bedreigen mede door het afnemen van het aantal verpleegkundigen de directe patiëntenzorg.
- Beide ziekenhuizen te klein voor een goed ziekenhuis.
- Zwak: geen eerste hulp service (24-uurs).
- Sterk: het voordeel van een klein ziekenhuis, goed onderling specialistisch contact en goed contact met de huisarts.
- Sterk: goede outillage, goed werkende specialisten, goede verzorging. Nadeel: verscheidene randfaciliteiten zijn niet aanwezig, dat is inherent aan een klein ziekenhuis.'

## 8. KNELPUNTEN EN HINDERPALEN

Het centrale deel van de enquête bestaat uit een groot aantal uitspraken over de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn wil het streven naar samenwerking kans op succes maken, over de consequenties van samenwerken in termen van 'kosten' en 'baten', over de financiële aspecten ervan, over patiënt-gebonden aspecten, en (het grootste aantal) over de taakafbakening tussen huisarts en specialist.

### 8.1. 'Kosten' van samenwerking

Tabel 21 Enkele 'kosten' van samenwerking. In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
1. Samenwerken met specialisten resp. huisartsen kost in relatie tot wat het oplevert te veel tijd aan overleg.	8	0	6	9	30
2. Samenwerking met de tweedelijb betekent voor de huisarts een te grote taakverzwaring.	15	0	19	10	11
3. Samenwerking met de tweedelijb betekent voor de wijkverpleging een té grote taakverzwaring.	0	0	56	25	43
4. Samenwerking met de tweedelijb betekent voor de maatschapp. werkende een té grote taakverzwaring	0	0	44	0	14

Wat betreft de 'kosten' van samenwerking behoeven we niet al te pessimistisch te zijn (zie tabel 21). Bijna niemand vindt dat het te veel tijd aan overleg kost, de eventuele taakverzwaring van de huisarts is ook al geen groot probleem, en een taakverzwaring voor maatschappelijk werk en wijkverpleging wordt door de huisartsen geheel niet als problematisch gezien. Specialist (vooral die in Soest) zijn hier wat somberder, wellicht door slechte ervaringen met de nazorg?

### 8.2. Formele voorwaarden voor samenwerking tussen eerste- en tweedelij

Grotere moeilijkheden doemen op als we kijken naar een aantal (formele) vereisten waaraan voldaan moet zijn wil er van de plannen uit de intentieverklaring iets terecht komen (zie tabel 22). Vooral het verschil in visie tussen de Soester huisartsen en hun Baarnse collegae springt in het oog. In Soest wil men als *groep* huisartsen samenwerken met de tweedelij, vindt men goede werkafspraken en (in iets mindere mate) protocollen essentieel, terwijl de Baarnse huisartsen het belang hiervan veel minder inzien: zij zien goede samenwerking vooral voortvloeien uit elkaar goed kennen en vaak zien. Eén hechte organisatie voor alle huisartsen wordt door de helft van de huisartsen in beide plaatsen als iets met hoge prioriteit gezien. Verschillen tussen de Soester en Baarnse specialisten zijn iets minder duidelijk, hoewel de Baarnse specialisten over het algemeen meer neigen naar het 'informele' standpunt van hun 'eigen' huisartsen dan naar de 'formalistische' benadering van de Soesters. Groepsvorming van huisartsen hoeft voor hen niet zo, protocollen evenmin (werkafspraken daarentegen wel!), en één organisatie van alle huisartsen heeft voor hen ook geen hoge prioriteit.

Globaal en zonder nuances is het beeld dat men in Soest meer behoefte heeft aan 'officiële' organisatievormen en spelregels dan in Baarn. Vooral de Soester huisartsen scoren wat dit betreft hoog. Oorzaak van de geringe behoefte in Baarn om alles te regelen is wellicht de betere verhouding die daar tussen huisartsen en specialisten lijkt te bestaan: zowel huisarts als specialist beoordeelt het inzicht dat 'de ander' heeft in zijn inzet en werkwijze gunstiger dan in Soest, terwijl de Baarnse huisartsen gunstiger oordelen over hun bestaande samenwerkingsrelatie met de specialist dan de Soester collegae (zie tabel 25, item 26).

Tabel 22 Enkele voorwaarden voor samenwerking. In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
5. Willen (wij als) huisartsen echt samenwerken met 'De Oelte' dan is het noodzakelijk dat als groep te doen, en niet als individuen	78	29	53	27	56
6. Zonder goede werkafspraken tussen huisarts en specialist zal samenwerking rond 'De Oelte' niet van de grond komen	92	29	77	90	60
7. Het tot stand komen van een hechte organisatie van alle huisartsen in Soest/Baarn heeft een zeer hoge prioriteit	54	44	47	30	60
8. Het ontwikkelen van protocollen is een essentiële voorwaarde voor een geslaagde samenwerking tussen eerste- en tweedelij	54	29	47	27	43
9. Het streven naar werkafspraken tussen huisarts en specialist is helemaal niet nodig Als je elkaar goed kent en vaak ziet loopt alles vanzelf goed	15	57	44	40	60

8.3. Patiënt-gebonden aspecten van samenwerking  
tussen eerste- en tweedelij

Tabel 23 Enkele aan de patiënt gerelateerde aspecten van samenwerking.

In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
10. Het kan mijn patiënten niet schelen naar welk ziekenhuis ik ze verwijs/Het kan de patiënten in Soest/Baarn niet schelen naar welk ziekenhuis ze verwezen worden.	23	14	0	0	0
11. Ik wil alleen tijd in samenwerking met de tweede-/eerstelij te Soest/Baarn steken als ik de vrijheid behoud zélf uit te maken waarheen ik mijn patiënten verwijs/als de huisartsen bereid zijn te zijner tijd in principe alle patiënten naar 'De Oelte' te verwijzen.	70	100	24	50	33
12. Als 'De Oelte' er eenmaal staat ben ik bang dat je als huisarts eigenlijk geen vrijheid meer hebt om nog naar andere ziekenhuizen te verwijzen afgezien van super-specialistische gevallen.	23	0	X	X	X
13. De meeste patiënten vinden een verschuiving van de zorg van ziekenhuis naar eerstelij een slechte zaak	8	0	44	18	50

Wat betreft de patiënten (zie tabel 23) blijkt dat vrijwel geen huisarts problemen ziet als de verschuiving van tweede- naar eerstelijns werkelijkheid zou worden: bijna niemand meent dat de patiënten dit een slechte zaak vinden. De specialisten (met uitzondering van de Baarnse) zijn wat gereserveerder. De huisarts wil overigens wél zelf blijven beslissen waarheen hij zijn patiënten verwijst, iets wat de patiënten volgens hem en volgens de specialisten niet onverschillig is. In Soest zijn enkele huisartsen bang dat deze vrijheid als 'De Oelte' er eenmaal staat, geringer zal zijn.

#### 8.4. Financiële aspecten van samenwerking tussen eerste- en tweedelijns

Financieel lijken er geen onoverkomelijke problemen volgens huisartsen en specialisten (zie tabel 24), hoewel men over de grootte van de huisartspraktijk (iets wat aanzienlijk financiële aspecten heeft) toch wel van mening verschilt. De Baarnse huisartsen zien de noodzaak van praktijkverkleining cq. nieuwe vestigingen veel minder in; niet helemaal onbegrijpelijk als men bedenkt dat hun praktijken gemiddeld ruim 600 patiënten méér tellen dan die in Soest, zodat deze uitspraak voor hen wat 'bedreigender' is dan voor de Soester huisartsen.

De relatie tussen omzet en inkomen bij de specialist wordt ook door de huisartsen niet als een groot obstakel voor een sterke eerstelijns gezien, hoewel de Soester huisartsen hier iets meer problemen zien dan de anderen.



Tabel 24 Enkele financiële aspecten van samenwerking. In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grootendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
14. Versterking van de eerstelijns is heel goed mogelijk zonder praktijkverkleining	31	71	31	40	57
15. Zolang de specialist per verrichting betaald wordt, zal versterking van de eerstelijns een illusie blijven	33	14	13	18	10
16. De knelpunten die we tussen eerste- en tweedelijns nog moeten oplossen in Soest/Baarn, zijn voor het overgrote deel van financiële aard.	8	0	6	0	0
17. Willen de plannen die we hier hebben om de eerstelijns te versterken ooit werkelijkheid worden, dan zullen de grootste huisartspraktijken een flink stuk kleiner moeten worden t.g.v. een aantal nieuwe vestigingen.	39	14	53	20	29

### 8.5. Verschillen tussen Soest en Baarn

Omdat in de interviews die voorafgaand aan de constructie van de vragenlijst werden gehouden het verschil in werkwijze en mentaliteit tussen Soester en Baarnse huisartsen meer dan eens werd aangestipt, is ook een aantal uitspraken voorgelegd die specifiek op die verschillen zijn toegesneden. Gezamenlijk daarmee behandelen we een aantal meer op zichzelf staande uitspraken over de relatie tussen eerste- en tweedelijns (zie tabel 25).

Over één ding zijn de Soester huisartsen het in elk geval voor 100 % eens: er bestaan grote verschillen in werkwijze en mentaliteit tussen de Soester en Baarnse huisartsen.

Eén van de verschillen is volgens hen dat de Baarnse huisartsen niet zo warm lopen voor samenwerking met de tweedelijns. Geen enkele Soester huisarts is het dan ook eens met de stelling dat de voorwaarde voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist te Baarn veel beter vervuld zijn dan te Soest. De helft van hen vindt dat die voorwaarden in Soest beter vervuld zijn. In deze mening staan ze alleen. Sterker nog: de helft van de specialisten die in beide ziekenhuizen werken en de helft van de specialisten die alleen in Maarschalksbos werken, vinden dat de voorwaarden in Baarn veel beter vervuld zijn.

Misschien komt dat doordat de Soester huisartsen te hard van stapel lopen wat betreft samenwerking, want de helft van de specialisten die in beide ziekenhuizen werken vindt dat, evenals de helft van de Baarnse huisartsen. Niemand vindt dat de Baarnse huisartsen zich daar ook 'schuldig' aan maken. Dat hoeft ook niet zo nodig, want de helft van de Baarnse huisartsen en de specialisten die in Maarschalksbos of in beide ziekenhuizen werken, vindt dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten nauwelijks beter kan dan hij nu is.

De helft van de specialisten in ziekenhuis Zonnegloren vindt dat ook. Van de Soester huisartsen is slechts een kwart die mening toegedaan.

Voorts blijkt dat de huisartsen in Soest geen hoge dunk hebben van het bij hun specialisten bestaande inzicht in werk en inzet van de huisarts.

De specialisten daar oordelen gunstiger over het inzicht dat de huisarts in het werk van de specialist heeft. Ook in Baarn oordelen specialisten gunstiger dan huisartsen; daar is het oordeel over de hele linie trouwens vriendelijker wat deze uitspraak betreft. Slechts weinigen (een kwart) van de Soester huisartsen menen dat er aan de samenwerking nauwelijks iets

Tabel 25 Verschillen Soest-Baarn en drie op zichzelf staande uitspraken.  
 In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
18. De voorwaarden voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist zijn naar mijn mening te Baarn veel beter vervuld dan te Soest.	0	29	27	56	50
19. De meeste huisartsen in Baarn lopen naar mijn idee lang niet zo warm voor samenwerking met de tweedelijns als die in Soest.	83	29	39	22	33
20. De meeste huisartsen in Soest lopen naar mijn mening lang niet zo warm voor samenwerking met de tweedelijns als die in Baarn.	0	17	8	14	33
21. Sommige Soester huisartsen lopen naar mijn idee veel te hard van stapel wat betreft samenwerking met de tweedelijns.	15	50	31	13	56
22. De voorwaarden voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist zijn naar mijn mening te Soest veel beter vervuld dan te Baarn.	46	0	15	0	0
23. Sommige Baarnse huisartsen lopen naar mijn idee veel te hard van stapel wat betreft samenwerking met de tweedelijns.	0	0	0	0	0

Vervolg Tabel 25

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
24. Er bestaan grote verschillen in werkwijze en mentaliteit tussen de Soester en Baarnse huisartsen.	100	67	71	60	70
25. Het belang van samenwerking tussen eerste- en tweede-lijn wordt vaak overdreven.	15	29	24	0	30
26. De meeste specialisten/huisartsen hebben weinig inzicht in het werk en de inzet van de huisarts/specialist	85	50	35	18	20
27. De samenwerking tussen mij en de meeste specialisten/huisartsen kan nauwelijks beter dan hij nu is.	23	57	53	46	60

te verbeteren valt, tegen ongeveer de helft van alle anderen. Het belang van samenwerking tenslotte wordt door vrijwel allen onderschreven.

#### 8.6. Taakafbakening huisarts-specialist

De meningen over dit onderwerp (zie tabel 26,) lopen sterk uiteen. Soms zijn er verschillen tussen huisartsen en specialisten in beide plaatsen, soms tussen Soester huisartsen en Baarnse huisartsen, maar vaak zijn de antwoorden binnen een groep 50-50 % verdeeld. Het antwoordpatroon is ook niet altijd consistent: in vele gevallen zijn het de Soester huisartsen die het meeste terrein 'claimen' ten opzichte van de specialist (en ook meer dan de Baarnse collegae met 'hun' specialisten van mening verschillen), maar soms zijn het ook de Baarnse huisartsen die het meest opteren voor een sterke rol van de huisarts. Zes uitspraken leveren een redelijk consistent beeld op, in die zin dat in beide plaatsen huisartsen meer willen dan de specialist wenselijk vindt; de verschillen tussen huisartsen en specialisten in de ene plaats kunnen echter veel sterker zijn dan in de andere. Zo bestaat duidelijk verschil van inzicht over de meebehandelfunctie van de huisarts in het ziekenhuis (de Soester huisartsen zijn hierover zeer uitgesproken), over de al of niet exclusieve voorlichtende taak van de specialist (het verschil huisarts-specialist is hier vooral in Baarn vrij groot), over de vraag wiens stem de doorslag moet geven bij de beslissing de patiënt al of niet op te nemen (de verschillen tussen huisartsen en specialisten zijn in beide plaatsen even groot, maar Soest is als geheel in deze wat meer geporteerd voor de huisarts), over de noodzaak om vaker te overleggen over opgenomen patiënten (vooral in Soest een flink verschil van inzicht), over de hoofdtaak van het ziekenhuis\* (opvallend is dat Baarn als geheel, hoewel onderling verdeeld, meer eerstelijnsgericht is dan Soest als geheel) en ook de medeverantwoordelijkheid van de huisarts voor specialistisch behandelde patiënten (vooral in Baarn een groot verschil van mening).

\*Deze uitspraak is letterlijk overgenomen uit een rede die P.C. Lange directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Utrecht, op 19-5-1984 heeft gehouden, en waarin nadrukkelijk wordt gepleit voor het fusieziekenhuis 'De Oelte' als enige mogelijkheid om een samenhangend stelsel van voorzieningen in Soest/Baarn te creëren. De hier weergegeven hoofdtaak van het ziekenhuis neemt in zijn pleidooi een centrale plaats in, maar wordt met name door de specialisten toch (nog) niet algemeen aanvaard.

Tabel 26 Taakafbakening huisarts-specialist. In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is.

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
28. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen.	85	43	13	18	40
29. De huisarts moet er voor oppassen dat hij niet teveel op het terrein van de specialist komt.	31	57	73	55	40
30. Tijdens de opname lichten de specialisten de huisarts meestal voldoende in over de toestand van de patiënt.	15	57	69	44	13
31. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist.	23	14	44	55	50
32. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dan dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven.	8	29	38	50	60
33. De specialist zou vaker met de huisartsen moeten overleggen over het meest geschikte tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt.	69	57	27	40	70
34. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de huisarts kleiner dan eigenlijk gewenst.	46	29	53	44	63

Vervolg Tabel 26

	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide
35. De hoofdtaak van het ziekenhuis bestaat uit het ondersteunen van de eerste lijnswerkers in de zorg voor de patiënt	54	71	18	46	30
36. Ook als de patiënt bij een specialist in behandeling is, of opgenomen, blijft de huisarts medeverantwoordelijk voor de zorg van de patiënt.	77	100	44	22	60
37. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt.	46	14	14	18	9
38. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten.	85	71	82	82	60
39. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten behoort de inbreng van de huisarts even groot te zijn als die van de specialist.	39	14	14	-	10

Bij drie, alle in algemene termen gestelde uitspraken, zien we wél verschillen in Soest, maar niet in Baarn. Of de huisarts moet oppassen niet te veel op het terrein van de specialist te komen, of hij meer invloed moet hebben op het beleid ten aanzien van verwezen patiënten, en of zijn inbreng bij de behandeling van ziekenhuispatiënten even groot behoort te zijn als die van de specialist, dat zijn vragen die de huisartsen en specialisten in Soest wél, maar in Baarn niet verdeeld houden. De verschillen zijn grotendeels terug te voeren op verschillen tussen huisartsen: de Soesters willen meer dan de Baarners, terwijl de specialisten in beide plaatsen niet sterk verschillen. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten stellen de Baarnse huisartsen zich zelfs bescheidener op dan hun specialisten: 29 % vindt dat het aandeel dat de huisarts in de zorg voor deze patiënten heeft kleiner is dan gewenst, tegen 44 % van de specialisten. Dat specialisten vaak met huisartsen moeten overleggen over opgenomen patiënten is een vraag die de betrokkenen niet verdeeld houdt. De praktijk is volgens de Soester huisartsen echter anders, iets wat de specialisten daar niet beamen. In Baarn heerst meer tevredenheid.

#### 8.7. De doelstelling uit de intentieverklaring: wat is daarvoor belangrijk en hoe moeilijk is het?

Zoals al in 1.1. vermeld, luidt de door alle huisartsen en specialisten aanvaarde doelstelling uit de intentieverklaring: *'Een optimale verzorging van de patiënt, zo dicht mogelijk bij zijn thuissituatie, waarbij de eerste- en tweedelijns naast elkaar en, minder in elkaars verlengde, de patiënt of cliënt begeleiden, en waarbij het beslag op de economische middelen zo klein mogelijk dient te zijn'*.

Aan alle betrokkenen is een aantal voorwaarden voorgelegd, waarvan men zich zou kunnen voorstellen dat ze voor het bereiken van de doelstelling uit de intentieverklaring van belang zijn. Gevraagd is aan te geven hoe belangrijk men deze voorwaarden voor het bereiken van de doelstelling vindt en met hoeveel moeilijkheden men meent dat het voldoen aan die voorwaarden gepaard zal gaan. De resultaten daarvan staan in tabel 27, waarbij in iedere kolom het percentage respondenten staat dat meent dat de genoemde kwestie tamelijk belangrijk, belangrijk of zeer belangrijk is, resp. dat meent dat dit gepaard zal gaan met (tamelijk) veel moeilijkheden.



Tabel 27 Wat is voor het bereiken van de doelstelling van de intentieverklaring belangrijk en hoe moeilijk is het? In elke cel het percentage artsen dat het met de desbetreffende uitspraak (grotendeels) eens is, resp. meent dat het bereiken van die voorwaarde met (tamelijk) veel moeilijkheden gepaard zal gaan.

VOORWAARDEN	BELANGRIJK					MOEILIJK				
	Huisartsen Soest	Huisartsen Baarn	Special. Soest	Special. Baarn	Special. Beide	1	2	3	4	5
-Eén organisatie van alle Soester en Baarnse huisartsen	100	43	65	64	67	100	67	94	60	76
-Dienstverband voor alle specialisten	33	-	29	20	22	90	100	75	91	100
-Verkleining van zeer grote huisartspraktijken	67	33	56	36	56	91	100	92	88	100
-Opstellen van protocollen	92	43	53	40	50	100	67	69	50	50
-Honorering van specialistische consultatie	75	71	69	33	71	90	20	39	57	17
-Vermindering van het aantal specialisten	31	29	31	40	33	90	100	92	100	78
-Wijkgericht werken voor de gehele eerstelijns	39	14	36	33	44	100	100	83	88	88
-Goed persoonlijk contact tussen huisarts en specialist	100	100	100	100	100	50	-	27	11	25
-Uitbreiding aantal maatsch. werkenden in de eerstelijns	69	33	77	91	63	67	75	46	63	75
-Uitbreiding aantal wijkverpl.kundigen in de eerstelijns	62	43	93	91	88	64	60	54	75	75
-Uitbreiding van de diagnostische faciliteiten die de huisarts in het ziekenhuis kan gebruiken	69	29	31	50	33	64	17	71	25	14
-Intercollegiale toetsing:										
*Huisartsen toetsen huisartsen	83	71	75	90	89	100	83	71	63	75
*Special.toetsen specialisten	85	71	82	80	100	100	83	80	50	63
*Huisartsen toetsen special.	69	57	53	67	56	100	100	92	78	100
*Special. toetsen huisartsen	77	71	60	68	56	100	100	92	68	100
-Een andere mentaliteit van de patiënten wat betreft de taakverdeling tussen huisarts en specialist	67	86	63	56	75	64	67	85	80	50
-Bereidheid van de huisartsen om zo mogelijk alle patiënten naar 'De Oelte' te verwijzen	85	71	88	91	88	82	14	79	50	86
-Het opheffen van verschillen in werkwijze en mentaliteit tussen Soester en Baarnse huisartsen	92	50	64	70	50	100	100	77	100	75
-Het opheffen van verschillen in werkwijze en mentaliteit tussen Soester en Baarnse specialisten	77	67	71	70	75	82	67	57	100	63

1= Huisartsen Soest  
2= Huisartsen Baarn  
3= Specialisten Soest  
4= Specialisten Baarn  
5= Specialisten beide

Heel globaal komt als beeld naar voren dat de Soester huisartsen een wat minder zonnig beeld van de toekomst hebben dan met name hun Baarnse collega's. Ze vinden meer dingen belangrijk en menen ook vaker dat de kwestie met moeilijkheden gepaard zal gaan. Enkele saillante punten: het totstandbrengen van één organisatie van alle Soester en Baarnse huisartsen vindt iedereen in Soest belangrijk en moeilijk, een mening die slechts door ongeveer de helft van de Baarnse huisartsen gedeeld wordt. Het (moeilijk te realiseren) dienstverband van specialisten vindt in Baarn niemand, in Soest éénderde belangrijk, voor de al even moeilijke praktijkverkleining is dat éénderde respectievelijk tweederde. Ook aan protocollen tilt men in Baarn veel minder zwaar dan in de eerstelijns te Soest, terwijl vrijwel geen huisarts in Baarn problemen verwacht bij het gaan honoreren van specialistische consultatie. Uitbreiding van de diagnostische faciliteiten voor de huisartsen in het ziekenhuis, lange tijd in één adem genoemd met versterking van de eerstelijns, wordt alleen door een aantal Soester huisartsen belangrijk en moeilijk geacht. Het opheffen van verschillen in werkwijze en mentaliteit tussen Soester en Baarnse huisartsen (waarvan we al eerder zagen dat iedereen meent dat ze inderdaad aanwezig zijn) vindt iedereen moeilijk, maar slechts de helft van de Baarnse huisartsen belangrijk. Te zijner tijd (vrijwel) alle patiënten naar 'De Oelte' verwijzen, vindt bijna iedereen belangrijk, maar wordt door vrijwel geen Baarnse huisarts als een probleem gezien, een optimisme dat in Soest vrijwel ontbreekt.

Als we vervolgens de specialisten in beeld brengen, zien we dat specialisten en huisartsen het per plaats wel zo'n beetje eens zijn over wat er aan belangrijke en moeilijke dingen gedaan moet worden, voordat het streven uit de intentieverklaring werkelijkheid is. Uitschieters zijn weer de protocollen (de Soester huisartsen vinden dit belangrijker én moeilijker dan 'hun' specialisten), één organisatie van alle huisartsen (idem, maar even moeilijk), honorering van specialistische consultatie (de Soester huisartsen lijken overigens objectief het gelijk voorlopig aan hun zijde te hebben!) en uitbreiding van het aantal maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen in de eerstelijns, waar vooral de Baarnse specialisten sterker aan hechten. Het goede persoonlijke contact tussen huisarts en specialist (waarvan het belang door niemand ontkend wordt) ligt in Soest volgens huisarts en in mindere mate specialist problematischer dan in Baarn.

Onderlinge toetsing wordt door iedereen belangrijk gevonden; de Baarnse specialisten hebben er ietsje minder problemen mee.

### 8.8. Samenvatting

Een korte samenvatting van een groot aantal uitspraken op verschillende terreinen, voorgelegd aan vijf groepen artsen, is onvermijdelijk grof en ongenueanceerd. Deze beperking in gedachten houdend kunnen we de resultaten van hoofdstuk 8 als volgt samenvatten:

- . de Soester huisartsen zijn minder tevreden, ook in de persoonlijke sfeer, over hun relatie met de specialisten, willen daarin vrij veel veranderen en de in dat veranderingsproces te maken afspraken ook een tamelijk formeel karakter geven. Vooral wat betreft de invloed die zij claimen op eenmaal verwezen patiënten botsen zij nogal eens met de specialisten. Ze menen dat er op vele fronten gewerkt moet worden, voordat de intentieverklaring gerealiseerd is, en denken niet dat dat gemakkelijk is.
- . de Baarnse huisartsen zijn aanmerkelijk tevredener, ook in de persoonlijke sfeer, en zien veel minder heil in allerlei formele afspraken. Zoals het nu gaat, gaat het eigenlijk wel goed.
- . Tussen de specialisten van beide ziekenhuizen bestaan geen grote verschillen, afgezien van enkele details. Grosso modo neigen zij wat meer naar het standpunt van de Baarnse huisartsen dan naar dat van de Soesters. De verschillen in opvatting tussen eerste- en tweedelijns in Soest zijn bepaald groter dan in Baarn.

## 9. HET 'VERWIJSLEK' EN HOE HET TE DICHTEN

In de plannen voor 'De Oelte' wordt ervan uitgegaan dat dit ziekenhuis kan voorzien in 85% van de ziekenhuishulp van de gemeenten Soest en Baarn. Op dit moment is dat geringer. Volgens de gegevens van het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen (LISZ) over 1982 vond van alle ziekenhuisopnamen van Soester ziekenfondspatiënten 68,3% plaats in Soest zelf, van Baarnse patiënten 74,4% in Baarn. De 'klinische oriëntatie' zoals dit heet, ligt dus onder de gewenste 85%. Over de 'poliklinische oriëntatie' bestaan geen gegevens, maar men mag aannemen dat deze niet sterk zal verschillen van de klinische.\* Er zal dus van de huisartsen gevraagd worden om een groter deel van hun patiënten naar 'De Oelte' te verwijzen dan zij nu naar het eigen ziekenhuis verwijzen. Gevraagd werd welke suggesties men had om dit te bewerkstelligen. Nadat iedere respondent in eigen woorden had aangegeven wat er naar zijn of haar mening gedaan zou moeten worden, werd nog gevraagd om, voorzover nog niet aan de orde gekomen, aandacht te besteden aan de volgende aspecten:

- \* Is het bestaande 'pakket' specialismen voldoende ?
- \* Zijn alle specialisten voldoende deskundig ?
- \* Zouden patiënten aandringen op verwijzing naar een ander ziekenhuis ?  
Waarom ?
- \* Moeten er persoonlijke irritaties opgelost worden om meer naar 'De Oelte' te gaan verwijzen ? Welke ?
- \* Betere garanties dat, zo nodig, tijdig een centrum- of topziekenhuis wordt ingeschakeld ?

We zullen eerst de suggesties woordelijk weergeven en vervolgens de antwoorden op de met name genoemde aspecten samenvatten.

\* Wellicht is hij iets hoger; voorstelbaar is dat het aantal opnamen per 100 verwijzingen naar centrum- of topziekenhuizen hoger ligt dan bij de verwijzingen naar de basisziekenhuizen van Soest en Baarn, zodat het 'opnamelek' iets groter is dan het 'verwijslek'. Opvallend is wel dat de huisartsen zelf schatten circa 83% (gemiddeld) van hun patiënten naar het eigen ziekenhuis te verwijzen. Ook dat zou er op kunnen wijzen dat 'De Oelte' niet zozeer in de aantallen verwezen patiënten maar wel in het relatieve aantal opnamen terrein zal moeten winnen.

De specialisten suggereren:

- '- *Sommige huisartsen verwijzen alleen naar andere ziekenhuizen.*
- *Huisarts heeft uiteraard belangrijke taak; moet met patiënten trachten vage bezwaren of van horen zeggen tegen één der ziekenhuisspecialisten te concretiseren en pas zeer gemotiveerde patiënten naar elders verwijzen. Maar liefst naar collega van zelfde specialisme. Werken in groter verband zoals in De Oelte maakt ook gedifferentieerde keuze van verwijzen naar bijvoorbeeld internist mogelijk.*
- *Protocollering en werkafspraken nodig.*
- *Geen idee.*
- *Opvoeding patiënt; PR functie van de medische wereld beter vervullen. Kwaliteit ziekenhuis bewaren, meer nadruk op persoonlijke benadering.*
- *Dienstverband. Ook cardiologie in Soest. Iedere specialist dient zijn beperkingen te kennen en hiernaar te handelen. De meeste specialisten dienen binnen 5 minuten van het ziekenhuis te wonen. Als aan bovenstaande factoren voldaan is kan er een uitstekend en betaalbaar ziekenhuis ontstaan. Vertrouwen van de huisarts in de specialisten zal moeten toenemen. Is thans wat betreft sommige specialisten kennelijk niet het geval. Misschien te verbeteren door meer besprekingen en durven uiten en eventueel aanvaarden van kritiek.*
- *Keuze ziekenhuis in laatste instantie bepaald door adherente patiëntenpopulatie. Verwijslek daarom deels op historische gronden te verklaren. Goede naam van een ziekenhuis bij een adherente bevolking moeilijk op te bouwen voorwaarde. Keuze van het ziekenhuis slechts gedeeltelijk bepaald door de huisarts.*
- *Goede specialistische hulp en verzorging. Huisarts moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden in het ziekenhuis of zich informeren. Huisarts moet zich t.o.v. patiënt positief uiten over het ziekenhuis. Is er reden om dat niet te doen, dan moet hij de moed hebben dit met de specialisten of directie te bespreken.*
- *Gesprek met de huisartsen waarom men niet verwijst naar bepaalde specialisten. Bezwaren moeten met de betreffende specialisten worden doorgenomen.*
- *Meer openheid nodig tussen huisartsen en specialisten met betrekking tot functioneren en bereidheid te luisteren naar kritiek waarop niet vrijblijvend wordt gereageerd.*
- *Huisartsen moeten naar De Oelte verwijzen.*

- *Beter onderling contact tussen specialisten en huisartsen.*
- *Streven naar optimale contacten specialist-huisarts daar waar mogelijke kritiek leeft. Zonodig moeten bepaalde mensen dan hun werkwijze nog eens kritisch bezien om het verwijslek te dichten. Daar een deel van de bevolking van elders gekomen is zal er altijd van patiënten uit de wens bestaan naar elders verwezen te worden inherent aan de vrije artsen keuze.*
- *Voldoende bereidheid huisartsen om ondanks verschil van mening te blijven samenwerken. Voldoende bereidheid specialisten open te staan voor kritiek en zich zonodig aan te passen.*
- *Nooit realiseerbaar.*
- *Meer vertrouwen van sommige huisartsen en sommige specialisten. Vermijden van ruzie tussen specialisten uit Soest en Baarn. Vrijwel elk ziekenhuis heeft verwijslek: 15% van de patiënten elders wegens zwaarte van hun casus lijkt me reëel.*
- *Cardiologie ontbreekt. Patiënten in Soest zijn ten dele van oudsher gericht op Amersfoort.*
- *Men moet ervan doordrongen worden dat het ziekenhuis Het Ziekenhuis van Baarn en Soest is.*
- *Goede presentatie en lay-out van ziekenhuis en artsen. Opener contact tussen huisarts en specialisten. Patiënten trainen dat het ziekenhuis te vertrouwen is.*
- *Uitzoeken welke huisartsen naar welke specialisten buiten eigen ziekenhuis verwijzen en waarom. Hiermee praten en proberen te overreden. Eventueel morele plicht omdat De Oelte in ieders belang is. Bij sommigen leeft nog vaak onvrede over problemen van jaren terug en omdat er voor enkele specialismen geen keuze is in personen.*
- *Onmogelijk huisartsen te dwingen al hun patiënten naar De Oelte te sturen. De enige manier om ze over te halen is zo goed mogelijk service te verlenen. Dit is beter realiseerbaar in De Oelte dan in een groot ziekenhuis omdat De Oelte relatief klein wordt en goed contact huisarts-specialist mogelijk is.*
- *Mijns inziens invoering van bijvoorbeeld van een intensive care zodat slechte patiënten of patiënten die een grote ingreep ondergaan hebben beter opgevangen kunnen worden.*

- Goede contacten met de patiënten en tussen eerste en tweede lijn. Beter opvang en service patiënt. Kwaliteit bieden. Geen vermindering van specialismen. Dagopnames uitbreiden. Beter opvang van patiënt die voor onderzoek moet komen, soort verblijf, iets gezelligs, restaurant-achtig om de wachttijd te doden. Goede vervoersmogelijkheden voor wat betreft openbaar vervoer.
- Beter vertrouwen onderling eerste- en tweedelij. Specialisten moeten hun beperkingen kennen en moeten verder verwijzen. Patiënten moeten niet onnodig lang worden opgenomen. Patiënt moet terstond worden terugverwezen. Kwaliteitsverbetering specialisten, public relations.
- Beter overleg over protocollen door huisartsen en specialisten. Beter voorlichting patiënt (opvoeding).
- Cardiologie in Zonnegloren mijns inziens onvoldoende vertegenwoordigd. Aantrekken cardioloog parttime of als consulent lijkt me aangewezen. Kleine afdeling voor intensive care moet ook te realiseren zijn, zeker in een nieuw ziekenhuis.
- Beter contacten goede terugverwijzing specialist naar huisarts vice versa. Goede voorlichting aan patiënten. Verbetering mentaliteit van sommige specialisten en huisartsen. Kwaliteitsverbetering en toch niet te moeilijke onderzoeken uitvoeren. Bij diagnostiek altijd afvragen wat dit voor therapeutische gevolgen heeft.
- Eerder ontslag bij patiënten die wachten op verpleeghuis en dergelijke door betere maatschappelijke voorzieningen. Efficiënt opname tijden benutten bij diagnostiek, soms door eerder insturen door huisarts. Nog snellere intercollegiale consulten in het ziekenhuis, vergrijzing lijkt te zijner tijd te verminderen. Meer dagbehandeling. Invoeren ambulatorium, een afdeling voor patiënten die minder zorg behoeven. Eigen verpleegafdeling in het ziekenhuis (doorschuifmogelijkheid). Frequentere aanwezigheid specialisten in weekend.
- Onderling vertrouwen tussen specialisten in Soest en Baarn moet verbeteren. Onder de bevolking aan image-building doen. Zeer goede keuzen maken bij vervulling specialisten vacatures. Bouw van het nieuwe ziekenhuis dient zeer patiëntvriendelijk te zijn. Verpleegkunde en secundaire voorzieningen zoals civiele dienst, keuken etcetera zijn zeer belangrijk. Eén telefoniste kan veel goedmaken en veel verpesten. N.B. in een omgeving als de onze is een adherentie nooit zo hoog.

*Veel mensen werken en winkelen in Amsterdam, Utrecht of Den Haag. We moeten ook proberen patiënten van elders aan te blijven trekken voor bepaalde specialismen, Bunschoten, Spakenburg, Eemnes.*

*Algemene opmerking: als er gesproken wordt over samenwerking moet dat ook bedoeld worden. Een aantal Soester huisartsen bedoelt met samenwerking dat zij voortaan alles beslissen en dat specialisten een soort technische hulpkracht van goede maar mondloze kwaliteit wordt. Als deze mentaliteit een rol gaat spelen geef ik voor De Oelte geen cent.*

- *Eerlijk gezegd houd ik niet van het begrip verwijzen. De huisarts behoort te adviseren een specialist te bezoeken. Hij of zij behoort daarbij de patiënt zo weinig mogelijk te dirigeren naar één specialist of één ziekenhuis tenzij hij zeer duidelijke bewijzen zou hebben dat een specialist onbekwaam is. In dat geval zou hij/zij dit met de specialist, staf en inspectie moeten bespreken.*

*Irritaties: ja. Wat betreft Zonnegloren de verhouding van sommige specialisten tot andere en de verhouding van één huisarts tot sommige specialisten.'*

**De huisartsen suggereren:**

- '- *Meer betrokkenheid bij eerste- en tweedelijjn. Enige specialisten moeten verdwijnen. Meer zeggenschap eerstelijjn in aantrekken nieuwe specialisten. Meer poliklinisch in plaats van klinisch werken. In bepaalde situaties snellere doorverwijzing naar het derde echelon. Er zijn geen cardiologen, te lange klinische opnamen bij bepaalde specialisten, te lang vasthouden van de patiënt, te veel medicamentering etcetera.*
- *Dat verwijslek ligt bij de andere collegae en bestaat vermoedelijk door slechte contacten van sommige huisartsen met sommige specialisten.*
- *Heel moeilijk, alleen mogelijk door verspreiding goede naam De Oelte door betere samenwerking specialisten en verpleegkundigen in één verband.*



*Verwijzing huisarts specialist voornamelijk afhankelijk van goede naam ziekenhuisteam.*

*Huisartsen moeten iets minder modisch, hooghartig zijn. Bedenken dat in contact huisarts-specialist overal problemen kunnen liggen dus elders ook. Men dient meer élan op te brengen om samen in Soest en Baarn een kleinschalig ziekenhuis te behouden en onvolkomenheden op de koop toe te nemen. Eventueel proberen te verbeteren. En bovenal het verwijslek zoveel mogelijk te dichten.*

- *Bij betere werkafspraken en protocollen zal er hoop ik voor sommige huisartsen minder reden zijn om naar elders te verwijzen. Toetsing hierop moet mogelijk zijn.*
- *Ontevredenheid van patiënten, terecht of niet moet voorkomen worden.*
- *Patiënten allemaal motiveren om naar De Oelte te gaan. Dit lijkt me niet zo'n probleem.*
- *Ik denk dat ik meer bij de 80 à 85% zit.*
- *Niet eenvoudig te realiseren. Bepaalde huisartsen hebben voorkeur voor bepaalde specialisten in ander ziekenhuis. Tevens hebben bepaalde patiënten voorkeur voor een ander ziekenhuis. Dit laatste soms door huisarts bij te sturen.*
- *Mogelijkheid voor cardiologie zeer belangrijk. Liefst een wat exactere benadering van de patiënt. Basischirurgie dient **niet** te ver te worden uitgebreid. Wel zouden consultaties bij de topziekenhuizen wat sneller moeten verlopen. Minder wrijving tussen leden medische staf (geen kruideniers mentaliteit).*
- *Aanstellen van een vrouwelijke gynaecologe.*
- *Zodra er duidelijkheid is over de toekomst (wel of geen De Oelte) wordt mijns inziens het verwijslek kleiner.*
- *Mijn inziens niet te realiseren. Hierbij te bedenken dat zonder De Oelte patiënten aangewezen zijn op grotere ziekenhuizen. Om te bereiken dat iedereen zich betrokken voelt bij eigen ziekenhuis, zoals nu in Baarn. Hiervoor is het wenselijk iedereen via deeltaken te betrekken bij de voorbereiding. Belangrijke zaak op medisch gebied: afspra-*

ken over (terug)verwijzen, inschakelen centrum- en topfuncties al dan niet protocollair. Hierbij is belangrijk consensus over beroepsspecifieke verantwoordelijkheid (al of niet toetsbaar) en gezamenlijk optreden Soester en Baarnse huisartsen bijvoorbeeld via het bespreken van het takenpakket. Ophouden naar aanleiding van oude gevallen te blijven zeuren. Ophouden te denken dat als er afspraken zijn dit een eenheidsworst zou geven.

- Staf ziekenhuis moet bereidheid tonen te beseffen dat ze een basisziekenhuis zijn en slechts basis tweedelijnsgezondheidszorg kunnen bieden. Zodra een probleem eigenlijk derdelijns geneeskunde nodig heeft primair bij verwijzing al of later tijdens de behandeling dan moeten ze beseffen dat ze zowel met betrekking tot de apparatuur als collegiale consultatie tekortschieten en moet men doorverwijzen naar derdelijnscentra. Het verwijslek zit in de angst dat dit niet zal gebeuren en in het verleden ook niet gebeurd is  
Principiële vraag blijft mijns inziens hoeveel werk er is voor zo'n basisziekenhuis, dat het hele plan financieel haalbaar is. Mede omdat te weinig clandestie betekent dat men patiënten te lang zal vasthouden of dusdanig zal medicaliseren dat een gegarandeerde stroom van patiënten en geldmiddelen zal blijven bestaan.
- Eventuele leemten in het aanbod van specialismen moet opgevangen door een goed consultatiesysteem met centrumziekenhuizen. Ook hierin is terugverwijzen iets dat nog geleerd moet worden.  
Open discussie over onderling functioneren collegae lijkt gewenst. Er zijn veel zichzelf bevestigende kringlopen in de gezondheidszorg. Als bijvoorbeeld De Oelte goed draait zal dat een enorme motor zijn voor betere samenwerking voor patiëntenstromen richting De Oelte en voor bereidheid met dit ziekenhuis en deze persoon te klaren. Teveel onzekerheid geeft het omgekeerde effect.

Bijna alle specialisten en huisartsen die de meer specifieke vragen bij hun beantwoording hebben betrokken, vinden het 'pakket' specialismen voldoende; als ontbrekend specialisme wordt door enkelen cardiologie genoemd. Op de vraag naar de deskundigheid zegt de helft van de huisartsen en een derde van de specialisten dat één of meer specialisten niet deskundig genoeg zijn.

Weinigen denken dat hun patiënten zullen aandringen om naar een ander ziekenhuis verwezen te worden. Behoeftte aan anonimiteit van de patiënt en de gedachte van de patiënten dat een groter ziekenhuis ook beter is, worden als mogelijke redenen genoemd.

Menig huisarts en alle specialisten zeggen dat er irritaties moeten worden opgelost. Genoemd worden irritaties tussen enkele huisartsen en specialisten en irritatie over opname-indicatie en opnameduur. Een enkeling wil ook betere garanties dat er op tijd naar een centrum- of topziekenhuis wordt verwezen.

## 10. SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

### 10.1. Algemeen

Globaal genomen heerst er in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Soest en Baarn tevredenheid.

Tevredenheid over het functioneren van de eerstelijns, over de samenwerking van de huisarts met de andere hulpverleners, over het functioneren van de specialisten. Er zijn wel wensen en er is ook wel kritiek op bepaalde aspecten, maar een noodzaak tot drastische veranderingen klinkt niet door. Die noodzaak is er wel, maar het is een van buiten opgelegde noodzaak en een noodzaak op termijn. Bovendien is het onduidelijk hoe lang die termijn is, wat er dan gaat gebeuren en voor wie het welke consequenties zal hebben.

Grote tevredenheid en een onduidelijke noodzaak: niet een basis voor tintelende motivatie tot verandering.

Zoals we in de inleiding al schreven is de toekomstverwachting ten aanzien van de komst van 'De Oelte' en ten aanzien van de realisatie van de plannen uit de intentieverklaring verdeeld en aan de sombere kant.

Als we naar de beantwoording van de hierover gestelde vragen kijken dan valt op dat de groepen die het meest optimistisch zijn, ook de groepen zijn die het meeste belang bij de komst van 'De Oelte' lijken te hebben. De specialisten zijn optimistischer dan de huisartsen. In Baarn is men sceptischer dan in Soest.

Van de specialisten acht 50% de kans groot dat de plannen uit de intentieverklaring gerealiseerd worden en 40% de kans groot dat 'De Oelte' er komt, bij de huisartsen is dat 20% respectievelijk 25%.

Als we naar de verdeling per plaats kijken dan blijkt dat 40% van de respondenten in Soest en 20% van de respondenten in Baarn de kans dat 'De Oelte' er komt, groot acht.

De belangen liggen anders voor de specialisten dan voor de huisartsen. De eersten worden rechtstreeks bedreigd door inkrimping, samenvoeging en (in het ergste geval) opheffing van hun ziekenhuis. Voor patiënten en

huisartsen gaat het 'slechts' om verandering van een faciliteit.

De belangen lijken anders voor Soest dan voor Baarn. Zowel in het plan Gardeniers als in het plan 'De Oelte' houdt Baarn zijn streekziekenhuis. Het verschil voor de Baarnse bevolking, huisartsen en specialisten zal alleen zijn:

- de plaats van het ziekenhuis. In het plan 'De Oelte' wordt dat ongunstiger;
- de grootte van het ziekenhuis en wellicht de outillage ervan.

Voor Soest ligt het anders. Het plan Gardeniers betekent een enorme verslechtering van het voorzieningenniveau en zal tot gevolg hebben dat voor de patiënten en huisartsen de tweedelijnsvoorzieningen ver weg en over verschillende plaatsen verdeeld zullen zijn. Het plan 'De Oelte' betekent daarentegen voor Soest een enorme verbetering: in plaats van een verouderd en slecht bereikbaar ziekenhuis een nieuw, modern uitgerust, goed bereikbaar ziekenhuis met mogelijk meer specialismen.

Dit belangenverschil lijkt groot en als we alleen naar de niet al te verre toekomst kijken is het ook groot. Voorspelbaar dus dat de motivatie van de Baarnse huisartsen en specialisten om zich sterk te maken voor 'De Oelte' niet zo groot zal zijn, als de motivatie van de Soestenaren. Alleen de sombere voorspelling dat het plan Gardeniers sluiting op termijn zal betekenen van Maarschalksbos en dat Baarn dan ook zijn eigen ziekenhuis kwijt zal zijn, zou voor de Baarners een reden tot actie kunnen vormen. 'Sluiting op termijn' zou voor Maarschalksbos echter nog wel eens tien of vijftien jaar kunnen duren, zodat het waarschijnlijk is dat de meeste Baarners zullen menen dat het 'hun tijd wel zal duren'.

Het is dus begrijpelijk dat het, naast de leiding van de ziekenhuizen, de Soester specialisten en de Soester huisartsen zijn die bij het opstellen en propageren van de intentieverklaring voorop gingen. Bovendien hebben we in het voorafgaande gezien dat er ook nogal wat verschillen tussen de Soester en Baarnse huisartsen zijn. Het zeer kleine groepje Baarnse huisartsen neigt vooral naar goed informeel contact onderling en met de specialisten, en heeft dat ook. De lijnen zijn zeer kort en men ziet elkaar veel, vooral doordat de huisartsen bijna elke dag in het ziekenhuis komen. Men ziet dan ook niet zoveel in allerlei schriftelijke afspraken, formulieren en dergelijke. De gedachte lijkt: 'Als er iets is dan overleg je dat meteen ter plaatse. Met zó weinig mensen hoef je dat niet allemaal vast te leggen'.

En dat laatste nu, is precies waar de Soester huisartsen wel enthousiast voor zijn en wat achter de intentieverklaring ligt:

- behandelprotocollen;
- geneesmiddelenformularia;
- ontslag- en verwijsprocedures;
- werkafspraken;
- minder sociale bijeenkomsten, meer studiebijeenkomsten.

Maar er is geen ontkomen aan: hoe de beslissing ook zal vallen, de Soester en Baarnse huisartsen en specialisten zullen in de toekomst meer met elkaar te maken gaan hebben. De groep wordt groter, de lijnen langer en de onderlinge wensen verschillender. De behoefte aan afspraken zal groter worden. Zeker als 'De Oelte' er komt, maar ook als het plan Gardeniers doorgaat.

Toch hoeven er geen visioenen van ellenlange vergaderingen, eenheidsworsten en bergen paperassen op te doemen. De bedoeling van werkafspraken, protocollen, formularia ed. is dat ze tijd besparen, de behandeling verbeteren, en duidelijkheid verschaffen over de onderlinge taakafbakening. Uiteraard is voor het opstellen van dergelijke protocollen een investering in tijd en energie nodig, maar het is zeker niet per se noodzakelijk dat ze plenair en unaniem worden opgesteld. Evenmin is het nodig dat elke gebruiker er bij voorbaat van overtuigd is dat het protocol of het formularium voor hem persoonlijk meteen een verbetering betekent.

Daarmee komen we tot een procedurele aanbeveling: ook al zullen er in de toekomst plenaire vergaderingen van alle Soester en Baarnse huisartsen en specialisten nodig zijn en zal één organisatie van de Soester en Baarnse huisartsen bevorderlijk zijn, de meeste kans op een positieve ontwikkeling lijkt ons het instellen van kleine groepjes 'wegvoorbereiders': enthousiaste voortrekkers, uit beide plaatsen en uit de verschillende geledingen, die te beginnen met de niet al te hete hangijzers, voorstellen over verbeteringen en veranderingen kunnen voorleggen aan de twee plaatselijke huisartsengroepen dan wel aan de plaatselijke huisartsen en specialisten. Daarbij lijkt het ons niet nodig om te streven naar gelijktijdige invoering en naar unanieme besluitvorming.

Van sceptici hoeft niet meer geëist te worden dan de bereidheid om de voorstellen een kans te geven gedurende een bepaalde periode.

De ervaringen in Hoogeveen hebben geleerd dat het vormen van een hechte organisatie van alle huisartsen weliswaar de onderhandelingspositie met andere werkers en organisaties in de eerste- en tweedelijns sterk bevordert, maar dat het de samenwerking niet per se versoepelt.

Getrapte invoering en hiërarchische ordening van onderwerpen naar 'moeilijkheidsgraad' lijken ons een methode die beter is toegesneden op de specifieke situatie in Soest en Baarn.

Om een voorbeeld te geven: een moeilijk onderwerp waar de meningen in Soest en Baarn zeer verdeeld over zijn, zou zijn de rol van de huisarts binnen het ziekenhuis, als centrale man ook na opname.

Dit was in Hoogeveen het breekpunt in de tot op dat moment zeer goede samenwerking van de huisartsengroep en de specialisten van het plaatselijk ziekenhuis.

Een gemakkelijk onderwerp is in Soest het ontwikkelen van een geneesmiddelenformularium; velen willen dat, en de eerste stappen zijn al gezet.

'Zachte dwang' hoeft alleen op de Baarnse apothekers uitgeoefend te worden ten aanzien van de verstrekking bij waarneming aan patiënten van Soester huisartsen en specialisten.

Wij stellen het eerstgenoemde moeilijke onderwerp voorlopig te laten liggen, en te beginnen met niet controversieel liggende zaken als bijvoorbeeld een geneesmiddelenformularium. Een klein groepje zou zich daar als eerste aan kunnen zetten; een volgende stap zou dan kunnen zijn om op een huisartsen - specialisten bijeenkomst in Baarn de resultaten en de eerste ervaringen van het werken met formularia te presenteren.

Voor zover het onderwerp zich er toe leent, bedenke men dat het presenteren van resultaten in kwantitatieve vorm soms zeer stimulerend kan werken. De spectaculaire daling, bijvoorbeeld, van de kosten van geneesmiddelen in Hoogeveen nadat men daarover afspraken had gemaakt, was voor alle deelnemers een stimulans om door te gaan, en bovendien een uitstekend 'hard' resultaat waarmee men zich naar buiten kan presenteren. Het is dus aan te bevelen om een zekere vorm van registratie bij te houden.

Bij bepaalde onderwerpen lijkt het ons goed om de mogelijkheid tot consultatie van de leden van het betreffende werkgroepje nadrukkelijk als service aan te bieden.

Te denken is hier bijvoorbeeld aan een werkgroep, waarvan tijdens de

interviewperiode sprake was in Soest, bestaande uit huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen, die zich bezighoudt met het verruimen van de mogelijkheid tot thuiszorg.

Zeker als zo'n werkgroep in de gelegenheid zou zijn daar in een experimentele opzet ervaring mee op te doen, zou overdracht aan anderen zeer nuttig zijn. Op deze wijze vermijdt men dat iedereen opnieuw 'het wiel moet uitvinden', en de kans dat de intentieverklaring een papieren tijger blijkt wordt kleiner.

### 10.2. De knelpunten

Deze procedurele aanbeveling doen wij ook ten aanzien van de verwerking van de gegevens in dit rapport.

Zeker waar het gaat om kritiek op en tussen *enkele* hulpverleners is het onzinnig om daar plenair over te vergaderen. De coördinatiegroep of de al bestaande werkgroep intentieverklaring zou voor de coördinatie en de voortgang kunnen zorgen.

Opvallend bij de kritiekpunten over de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns is namelijk de agressie naar een aantal specialisten. Een 'onderzoekje' in klein comité met betrokkenen en de belangrijkste critici kan wellicht onthullen wat vermeende kritiek, oude irritatie en onnodige onduidelijkheid over elkaars behandelwijze is.

Dit vergt een goede begeleiding en het zal belangrijk zijn om bij deze gesprekken te beginnen met problemen waarvoor de mogelijkheden voor een oplossing niet bij uitgesloten zijn.

Hieronder geven we een opsomming van onderwerpen die in aanmerking komen om in gemengde werkgroepen besproken te worden als voorbereiding op bespreking in groter verband.

#### 10.2.1. Knelpunten binnen de eerstelijns

Zoals al geschreven in hoofdstuk 5.4 en 6.5, is men in beide plaatsen redelijk tevreden over het functioneren van de eerstelijns, terwijl de organisatiegraad en het werkcontact niet optimaal lijkt.



- \* Zeker als de eerstelijns zwaarder belast gaat worden, bijvoorbeeld door meer thuiszorg voor chronisch zieken, zal een soepel lopend contact tussen de organisaties en de werkers nodig zijn.  
Het wel of niet wijkgericht werken van de diverse groeperingen zal natuurlijk moeilijkheden blijven geven, maar met enige creativiteit en souplesse kan gemakkelijk een betere onderlinge werkverdeling gevonden worden. We denken hierbij aan die ene huisarts, die zijn patiënten bijna allemaal in één wijk heeft en toch niet tot een gesprek kan komen met de wijkverpleging een home-team op te richten, terwijl de wijkverpleegkundigen die al in zijn omgeving werken dat ook willen. Een volgende stap kan dan zijn om (iets grotere) home-teams op te richten daar waar de patiënten uit een wijk over een beperkt aantal huisartsen zijn verdeeld (*Werkgroep home-team*).
- \* Hierboven is al genoemd het bestaande werkgroepje thuiszorg terminale patiënt en andere chronische patiënten. Hierbij moet naast het maatschappelijk werk, natuurlijk ook de wijkverpleging vertegenwoordigd zijn (*Werkgroep thuiszorg*).
- \* Het formulariumoverleg in Soest is al op gang, maar een aantal gesprekken met de Baarnse apothekers om hen er (weer) bij te betrekken lijkt nuttig (*Werkgroep formularium Baarn/Soest*).

Wij stellen voor dat deze drie werkgroepjes binnen de eerstelijns tot resultaten proberen te komen op hun terrein, waarbij op geregelde tijdstippen wordt teruggerapporteerd. Dat hoeft geenszins in plenaire vergadering; korte schriftelijke rapportage is heel wel denkbaar. Daarbij is het van belang om de doeleinden niet zo hoog te stellen dat de rapportages vooral bestaan uit de ontmoedigende mededeling dat men nog niet verder is, maar anderzijds dient men zich zodanige taken te stellen dat er een continue voortgang zichtbaar is.

#### 10.2.2. Knelpunten tussen eerste- en tweedelijns

Over de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zijn veel kritiekpunten genoemd, maar in het algemeen is men toch redelijk tevreden.

- \* Zeer eenvoudig op te lossen zijn enkele wensen ten aanzien van de bijeenkomsten van huisartsen en specialisten. Vaak wordt daar een gebrek aan huisartsgeneeskundige onderwerpen geconstateerd en de wens wordt geuit om huisartsen ook te betrekken in de lezingen.  
Voor de hand ligt dan om de verschillende leden van de eerder genoemde werkgroepjes de lezingen af en toe te laten verzorgen.

Dit kan dan ook nog in beide plaatsen gebeuren, zodat men beter van het functioneren van de werkgroepen op de hoogte blijft.

- \* Een soortgelijke stap in de richting van meer contact tussen Soest en Baarn zou kunnen zijn om gemeenschappelijke lezingen te laten houden, over hetzelfde onderwerp, maar die nu nog niet samenwerken. Op langere termijn zou dit kunnen leiden tot voor beide ziekenhuizen gelijk- re termijn zou dit kunnen leiden tot voor beide ziekenhuizen gelijk- luidende werkafspraken en protocollen.
- \* Ook het ontwikkelen van werkafspraken en protocollen zou in een werk- groepje voorbereid kunnen worden voordat men het bespreekt in deze huisartsen-specialisten bijeenkomst (*Werkgroep 'protocollen'*).
- \* Hetzelfde geldt voor gestandaardiseerde verwijsbrieven en ontslagbrieven. Ook hier voorbereiding in een kleine groep (*Werkgroep 'gestandaardiseerde berichtgeving'*).

- \* Zeer verhelderend (en overtuigend naar de sceptici) zou het zijn wanneer het invoeren van verbeteringen gepaard zou gaan met mini-onderzoekjes van de effectiviteit van de verandering.

Om een voorbeeld te geven: één van de klachten van specialisten én huisartsen betreft verwijzing. Slechte, onduidelijke verwijsbrieven en verkeerd tijdstip van verwijzen aan de ene kant; te lang vasthouden van de patiënt, te late, onduidelijke ontslagbrieven en kritiek op de onder- linge doorverwijzing van specialisten naar specialisten aan de andere kant. Gemiddeld verwijst een Soester respectievelijk Baarnse huisarts vijf à zes patiënten per dag, waarvan twee of drie voor ons echt interessante verwijzingen. Op uiterst eenvoudige wijze, via een check- list met een aantal van de hiervoor genoemde kritiekpunten en in korte tijd, bijvoorbeeld tien weken, kunnen huisartsen en specialisten, door bij elke patiënt bij te houden wat hun bevindingen zijn, een schat aan informatie verzamelen (125 patiënten per huisarts) waar aan te zien is hoeveel van de onderlinge kritiek gerechtvaardigd is en hoe weinig (of veel) het voorkomt dat huisartsen en specialisten van mening verschillen (*Werkgroep 'verwijsonderzoek'*).

- \* Een soortgelijke benadering kan men zich voorstellen als het gaat om verkorting van de verpleegduur.
- \* Tenslotte wijzen wij op het bestaan in sommige plaatsen van op een be- perkt deel van de medisch-technische zorg gerichte werkgroepjes van huis- artsen en specialisten (zie bijvoorbeeld het te Hoogeveen bestaande hart- team, het pijnteam en het vaatteam).

### 10.3 Hoe nu verder?

Wij stellen ons voor dat de resultaten van dit onderzoek en de gedane aanbevelingen verspreid worden onder alle Soester en Baarnse huisartsen en specialisten, en onderwerp van gedachtenwisseling zullen zijn. Over de vormgeving daarvan zal, conform de afspraak, nog nader overlegd worden. Hoewel wij nadrukkelijk gepleit hebben voor 'klein beginnen', menen wij wel dat het aangeven van een tijdschema waarop te zien is wanneer men welke resultaten bereikt wil hebben een haast onmisbare zaak is. Er is immers nog een erg lange weg te gaan, en juist als men klein begint dient men goed in de gaten te houden of de nagestreefde resultaten ook bereikt worden, en (min of meer) op tijd. Ook dit zal deel moeten uitmaken van de te organiseren gedachtenwisseling.

LITERATUUR

- BOOTS, J.M. Het werk van de huisarts. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1983 (proefschrift)
- BRUINS, C.P. Grenzen aan de zorg. De Eerste Lijn 9 (1984) p.24-25
- DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door huisarts, NHI. Utrecht 1982
- DOPHEIDE, J.P. Kritische opstelling kan geen kwaad. De Eerste Lijn 8 (1983) 9, p.1512-1514
- DUURSMA, S.A. Huisarts en specialist, een model voor samenwerking. Medisch Contact, 36 (1981b) 7, p. 183-185
- DUURSMA, S.A. Naschrift bij de brief van Van Soeren. Medisch Contact, 36 (1981), 13, p. 365
- ELIAS, J. en F. Spangenberg. Ziekenhuisspecialist en huisarts. Een aanpak ter versterking van de ondelinge relatie. Medisch Contact, 38 (1983), 47, p. 1512-1514
- ES, J.C. van. Specialist en huisarts: een span. Medisch Contact, 38 (1983) 7. p.175
- ES, J.C. van. Grondvoorwaarde samenwerking. Medisch Contact, 39 (1984), 7, p.199
- EVERWIJN, S.E.M., R.A. de MELKER en C. SPREEUWENBERG. Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid. Medisch Contact, 38 (1983), 9, p.245-251
- FONTEIN, D.L. Huisarts en specialist (ingezonden brief). Medisch Contact, 36 (1981), 13, p. 362-364
- GREVE, W.B. de en W.J. VRAKKING. Enkele verklaringstheorieën. Leiding & Organisatie in de gezondheidszorg, 1 (1983), 1, p.36-44
- GREVE, W.B. de. Typologie van samenwerkings-activiteiten. Leiden & Organisatie in de gezondheidszorg, 1 (1983), 1, p. 45-51
- GRINTEN, R. van der. Communicatie huisarts - internist. Medisch Contact, 36 (1981), 26, p. 777-781
- HAGEMAN, H.J., H. van GIFFEN en W.A. MEYBOOM. Verslaglegging van specialist aan huisarts. Medisch Contact, 39 (1984), 16, p.513-514
- HARMONISATIERAAD WELZIJNSBELEID. 'Grenzen van de gezondheidszorg'. 's-Gravenhage 1983
- HOEFNAGELS, K.L.J., J.P. Kuijper en B.S. Polak. Advies inzake de verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, en de plaats van het toekomstige ziekenhuis in Almere. Project Gezondheidszorg Almere. Almere 1983
- HUYGEN, F.J.A. Zorgen om Almere. De Eerste Lijn, 9 (1984), 2, p.12-13
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. 1: Medisch Contact, 38 (1983), 51, p. 1599-1601. 2: Medisch Contact, 38 (1983), 52, p.1629-1632
- KEIJSERS, L.L.J.M. en H.J. DE KONING GANS. Communicatie tussen huisarts en specialist. Medisch Contact, 38 (1983), 29, p. 902-903
- KOLKMAN, H. en S. DE JAGER. Het basisziekenhuis: geknipt voor de eerste lijn? Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1984
- LODEWICK, L. en M. SWINKELS. Beter samen, samen beter. Medisch Contact. 39, (1984), 14, p. 441-442
- MEYBOOM, W.A. en A.F. CASPARIE. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Medisch Contact, 35 (1980), 33, p.989-994
- MULDER, J.D. Samen werken. Leiden, Rijksuniversiteit, 1983 (oratie)

- NIJHUIS, H.J. De relatie tussen huisarts en specialist. Medisch Contact, 36 (1981) 36 (1981) 52, p. 1617-1619
- PETERS, J.H. Een model voor succesvolle samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns. Het Ziekenhuis, 12 (1982) 24, p. 1284-1285
- PETERS, J.H. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Utrecht/Antwerpen, 1982 (proefschrift)
- POELS, E.F.J. en A.L.M. LAGRO-JANSEN. Samenwerking huisarts-specialist. Medisch Contact. 37 (1982) 47, p.1509-1511
- SOEREN, F. VAN. Huisarts en specialist (ingezonden brief) Medisch Contact 36 (1981), 13, p. 364-365
- SPANGENBERG, F. De relatie huisarts-ziekenhuisarts: een model voor betere samenwerking. Leiding en organisatie in de gezondheidszorg, 1 (1983) 1, p.52-63
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen, NHI, Utrecht 1982
- VISSER, G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact 35 (1980) 15, p. 468-472
- WIJKEL, D. en D. VAN DER GRIJN Huisarts en Diagnostisch Centrum, NHI, Utrecht, 1982

