

BIBLIOGRAFIE 1991, nr. 33

**DE RELATIE TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST:
EEN ZAAK VAN BELONING.**

J.A.J. Kuijlen (samenstelling)
m.m.v. L. Stokx

januari 1991

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

De bibliografie 'DE RELATIE TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST: EEN ZAAK VAN BELONING.' is deel 33 uit de serie 'NIVEL-bibliografieën' van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL

Nedelands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
Telefoon: 030-319946

Openingstijden van de bibliotheek:
maandag t/m vrijdag van 9.00u tot 17.00u

CIP-GEGEVENEN KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

J.A.J. Kuijlen

De relatie tussen huisarts en specialist: wie krijgt de rekening? / J.A.J. Kuijlen (samenst.), m.m.v. L. Stokx.-Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - (Bibliografie / Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Afdeling Bibliotheek en Documentatie: nr. 33)

ISBN 90-6905-135-4

SISO 603.3 UDC [614.23+614.23-057.21]009

Trefw.: huisartsen en specialisten.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING.	i
De inhoud van de bibliografie.	i
Taakafbakening: een probleem?	i
Taakopvatting, werkwijzen, beeldvorming, communicatie en samenwerking.	iii
Verantwoording.	v
Het verzamelen van documenten.	v
De selectie en bewerking van documenten.	vi
De indeling en het gebruik van de bibliografie.	vi
1. TAAKAFBAKENING.	1
2. TAAKOPVATTING EN WERKWIJZEN.	15
3. COMMUNICATIE.	33
3.1 Algemeen.	33
3.2 Electronic data interchange (EDI).	50
4. SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST.	57
5. HUISARTS: POORTWACHTER?	85
AUTEURSINDEX	95
TREFWOORDENINDEX	99
BRONNEN EN ADRESSEN	103
REEKS NIVEL-BIBLIOGAFIËN	105

Inleiding.

De inhoud van de bibliografie.

Taakafbakening: een probleem?

De verdeling van taken op het terrein van de algemene gezondheidszorg vormt een vast agendapunt binnen discussies over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. Taakafbakening verwijst simpelweg naar de vraag wie (lees: hulpverlener) welke taak vervult.

Met het in de zeventiger jaren ingang gezette structuurbeleid werd de verantwoordelijkheid voor de taakverdeling, zeker binnen de eerste lijn en tussen het eerste en tweede echelon, expliciet in handen van de huisarts gelegd. In de beleidsnota's wordt de huisarts afgeschilderd als de coördinator van de zorg en als poortwachter van de tweedelijnsgezondheidszorg; in de empirie is deze rol niet echt goed uit de verf gekomen. Het problematische karakter van de werkrelatie tussen huisarts en specialist is daarmee niet naar de achtergrond verdwenen; de stroom publicaties over dit onderwerp blijft in de zeventiger en tachtiger jaren onverminderd voortduren. Blijvende oplossingen voor de knelpunten die door de verschillende partijen (*ad hoc*)¹ gesignaleerd worden, worden niet gegeven. Met andere woorden het probleem zit dieper dan op het eerste gezicht wordt waargenomen. Een eerste opdracht lijkt de taakafbakening zoals die in de werkelijkheid bestaat tussen huisarts en specialist nader te analyseren.

Vanuit de sociale wetenschappen worden een aantal benaderingswijzen aangedragen² die de bestaande *arbeidsverdeling* tussen huisarts en specialist mogelijk verklaren:

- Het gegeven dat er huisartsen en specialisten zijn geeft al aan dat het proces van differentiatie binnen de algemene gezondheidszorg een grote vorm heeft aangenomen hetgeen geen verrassing mag heten in het licht van medisch-technologische ontwikkelingen in de twintigste eeuw.

Het proces van arbeidsverdeling is in het licht van deze innovaties functioneel; het kennisgebied dat door de algemene gezondheidszorg

¹ In een belangrijk deel van de gepubliceerde documenten worden knelpunten in de relatie tussen huisarts en specialist vanuit een in de praktijk waargenomen situatie behandeld.

² De verschillende worden slechts in zeer globale bewoordingen beschreven.

wordt afgedekt is te omvangrijk en te complex om door een discipline te worden waargenomen. De huisarts en de specialist werken in deze visie in elkaars verlengde en vullen elkaar aan³. De discussies, die de afgelopen decennia zijn gevoerd tussen huisartsen en specialisten, geven voedsel aan de gedachte dat de taakverdeling niet altijd even functioneel is. Onderzoek bevestigt dat er zowel binnen als tussen de verschillende disciplines geen overeenstemming bestaat over de respectievelijke inhoudelijke werkerterreinen.

- Andere onderzoekers trachten de verdeling van taken te verklaren met behulp van ruiltheoretische principes. Als ruilobjecten kan gedacht worden aan *vergroting van kennis* en aan *goede wederzijdse relaties*⁴. Uit deze benaderingen mag met de nodige voorzichtigheid geconcludeerd worden dat de taakverdeling tussen de verschillende medische disciplines mede vanuit economische gegevens verklaard kan worden; verschillen in honoreringssystemen tussen huisarts en specialist verklaren in dit geval mede de taakverdeling tussen huisarts en specialist. Wanneer er voor de patiënt verschillen in kosten tussen diensten van huisarts en specialist bestaan, kan dit het hulpzoekend gedrag van de patiënt mede bepalen.
- De verdeling van arbeid tussen de huisarts en de specialist kan mogelijk voor een deel verklaard worden door verschillen in status tussen de disciplines. Het begrip status of aanzien vormt een verwijzing voor het *gepercipieerde* kwaliteitsniveau waarop een beroepsgroep functioneert. Het uitbouwen van de huisartsgeneeskunde tot een breed algemeen *specialisme*, het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskundige praktijk en audit en deskundigheidsbevordering kunnen gezien worden als pogingen de status van de beroepsgroep huisarts op te krikken. De voorkeur van patiënten voor een specialistische behandeling boven een behandeling door de huisarts kan vanuit deze theorie mede verklaard worden; als voorbeeld wordt gewezen op de aanzuigende werking van de polikliniek ten koste van de huisarts bij EHBO⁵. De huisarts en de specialist opereren voor een deel op dezelfde markt en kunnen dus als concurrenten van elkaar gezien worden.

³ Het begrip complementariteit past in deze verklaringswijze.

⁴ Zie Kolkman, H., *Gelijk oversteken...?: literatuuronderzoek naar samenwerkingsvormen tussen huisartsen en specialisten*. Groningen: R.U.G., 1984.

⁵ Zie onder andere Sixma, H., *EHBO in Almere: een inventariserend onderzoek naar de EHBO-voorziening in en rondom Almere*. Utrecht: NIVEL, 1987.

- Tenslotte proberen de financiers van de gezondheidszorg door middel van beleidsmaatregelen invloed uit te oefenen op de werkverdeling tussen huisarts en specialist. De overheid heeft in het verleden de verantwoordelijkheid voor de coördinatie (lees: de verdeling en overdracht van taken) van de gezondheidszorg in handen gelegd van de huisarts. Als instrument is het voeren van een structuurbeleid gekozen. In dit verband kan men zich de vraag stellen, zoals Kersten⁶ doet, of de huisarts werkelijk invloed heeft op de omvang van de specialistische behandeling. Zoals het zich nu laat aanzien wordt deze invloed overschat.

Het structuurbeleid is inmiddels verlaten; het is in eerste instantie vervangen door een beleid dat gericht op substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg. Dit beleid heeft plaatsgemaakt voor een functioneel beleid, waarbij de zorg op die plaats verleend moet worden waar zij het *best* en het *meest economisch* is: de beheersinstrumenten zijn nog gedetailleerd ingevuld maar liggen vooral in de financiële sfeer. Het opheffen van het bestaande grote verschil in honoreringssystemen tussen huisarts en specialist kan als een beleidsalternatief gezien worden⁷.

Het probleem van de taakafbalancing kan bij voorkeur in context van alle aspecten van de wederzijdse relatie worden beschouwd. Deze weg wordt in deze bibliografie bewandeld: de relatie tussen de huisarts en de specialist staat centraal.

Taakopvatting, werkwijzen, beeldvorming, communicatie en samenwerking.

Met het probleem van taakafbakening is slechts een deel van de relatie tussen huisarts en specialist in beeld gebracht; de wijze waarop de beroepsgroepen zich met elkaar verhouden wordt met name bepaald door de wijze waarop zij inhoud geven aan het eigen beroep en door de wijze waarop zij met elkaar communiceren en/of samenwerken. Deze zaken zijn sterk van invloed op de beeldvorming die men heeft van elkaars beroep. Een centrale conclusie die in veel samenwerkingsprojecten teruggevonden wordt is dat men een verkeerd beeld heeft van elkaars beroep. In de literatuur wordt het ene na het andere verslag gevonden over projecten die opgezet zijn om de taken tussen de beroepsgroepen beter te verdelen; steeds opnieuw worden dezelfde knelpunten manifest gemaakt: weinig of

⁶ Zie onder andere Kersten, t.j.j.m.t., *Invloed van de huisarts op de omvang van de specialistische behandeling*. Utrecht: NIVEL, 1987. Genoemde auteur heeft een proefschrift in voorbereiding over dit onderwerp.

⁷ De huisarts ontvangt voor ziekenfondspatiënt een vergoeding op basis van een abonnementsregeling terwijl de specialist op basis van verrichtingen bezoldigd wordt.

geen directe communicatie; nauwelijks samenwerking; wederzijdse vooroordelen met betrekking tot elkaars professionele kwaliteiten; verschillen in inzicht over het gebruik van diagnostische faciliteiten; huisartsen die meer taken claimen dan specialisten aan hen wensen toe te staan. Wanneer de oplossingen gepresenteerd worden, spreekt de cynicus over: *'Oude wijn in nieuwe zakken'*. De aanhoudende stroom van literatuur over deze onderwerpen lijkt hem in deze gelijk te geven.

De arts is minder gebonden aan formele regels met betrekking tot de onderlinge contacten. Men moet er zich in dit licht rekenschap van geven dat beide beroepen voor het merendeel in zelfstandige praktijken worden uitgeoefend. Daarnaast heeft de individuele arts doorgaans contact met een groot aantal collega's. Wel bestaan er een aantal procedures die bij de overdracht van patiënten aan elkaar min of meer in acht genomen worden:

- verwijzingen worden doorgaans begeleid door een verwijsbrief annex - kaart;
- artsen worden schriftelijk op de hoogte gebracht van de uitkomsten van laboratoriumtests;
- artsen kunnen door middel van een consultatie een beroep doen op elkaars kennis en vaardigheden in specifieke voorkomende gevallen.

Op dit moment worden er experimenten gedaan waarbij voor de onderlinge communicatie gebruik gemaakt wordt van de nieuwe media zoals datacommunicatietechnieken en computers.

Naast de communicatie tussen huisarts en specialist zijn de beroepsgroepen druk doende inhoudelijke regels voor de behandeling van specifieke aandoeningen te ontwikkelen: de protocollen. In deze protocollen worden gedragsregels vastgelegd voor het medisch-inhoudelijk handelen van de arts. Hoewel zijn geen *wettelijke* status hebben, maken de beroepsverenigingen zich sterk voor het gebruik van de opgestelde protocollen.

Verantwoording

Na de afbakening van het inhoudelijke gebied waarop de bibliografie betrekking heeft: de relatie tussen huisarts en specialist met de nadruk op de wederzijdse taakafbakening, kunnen relevante documenten en publicaties worden verzameld. In de volgende paragrafen wordt aangegeven hoe en waar naar literatuur gezocht is, hoe de definitieve selectie tot stand is gekomen en hoe de bibliografie is opgebouwd en in hoofdstukken is verdeeld. Tevens worden enkele adviezen voor het gebruik van dit document gegeven.

Het verzamelen van documenten.

Bij het formuleren van een zoekstrategie gericht op het opsporen van relevante literatuur zijn een aantal beperkingen aangebracht: de documenten dienen betrekking te hebben op de Nederlandse situatie⁸, zij dienen verschenen te zijn na 1980. De tijdschriften waarin de artikelen verschenen zijn dienen een gewaardeerde status te hebben. Publicaties die binnen deze beperkingen vallen zijn opgenomen.

Een en ander betekent niet dat alle artikelen die aan de gestelde voorwaarden voldoen zijn opgenomen; er wordt geen volledigheid nagestreefd. Het doel van de bibliografie is het in grote lijnen in kaart brengen van de discussie, de denkbeelden en de onderzoeksresultaten die er op het vlak van de verhouding tussen huisarts en specialist zijn. De bibliograaf is hierbij afhankelijk van de hem ter beschikking staande bronnen.

In dit geval is een beroep gedaan op de catalogi van de bibliotheek van het NIVEL, van de universiteitsbibliotheken van Utrecht en Nijmegen en de bibliotheek van het huisartseninstituut van de Rijksuniversiteit Utrecht in het bijzonder. De kwaliteit van de verzameling is mede onderzocht aan de hand van en eventueel aangevuld op basis van de literatuurverwijzingen⁹, zoals die deel uit maakten van opgespoorde documenten.

Daarnaast is gebruik gemaakt van het geautomatiseerde *on-line* registratiesysteem REGISTRATIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EERSTELIJS-GEZONDHEIDSZORG RWO, met name van de database waarin de bij de onderzoeken behorende publicaties zijn opgenomen.

⁸ Er is in voorkomende gevallen een nederlandsstalige artikel genomen dat betrekking heeft op de gezondheidszorg in Nederlands-België.

⁹ Dit is gebeurd in het bewustzijn dat dit binnen de bibliografische methodologie als een onorthodoxe methode gezien wordt.

De selectie en bewerking van documenten.

De ruwe selectie van documenten is kritisch bekeken waarbij de relevantie en de gepercipieerde kwaliteit¹⁰ als selectiecriteria zijn gebruikt. Concreet heeft dit nauwelijks tot een verenging van de oorspronkelijke verzameling geleid. Gevonden grijze literatuur¹¹ is zonder uitzondering opgenomen. De documenten zijn beschreven volgens de regels zoals die binnen de bibliotheek van het NIVEL gelden.

De publicaties zijn voorzien van referaten¹²; door de verschillende oorsprong van de excerpten vertonen zij verschillen in omvang en verschijningsvorm; er zijn minimum-kwaliteitseisen aan de referaten op gebied van inhoud en vorm gesteld. In een aantal gevallen zijn bestaande referaten vertaald, aangepast en/of veranderd¹³.

De indeling en het gebruik van de bibliografie.

De bibliografie is onderverdeeld in een vijftal inhoudelijke hoofdstukken. De hoofdstukken hebben respectievelijk betrekking op taakafbakening, taakopvatting en werkwijze, communicatie¹⁴, samenwerking en tenslotte de rol van de huisarts als de coördinator van zorg.

Het verdelen van de geselecteerde documenten is arbitrair. Er is voor gekozen de documenten onder te brengen in die categorie die in de publicatie het meest benadrukt wordt. In concreto betekent dit dat wanneer een document verschillende aspecten van de relatie tussen huisarts en specialist tot onderwerp heeft, de publicatie kan worden teruggevonden in het hoofdstuk met het themagebied dat het meeste afgedekt wordt. Met andere woorden de publicatie komt niet terug in hoofdstukken die andere thema's behandelen. Om aan dit bezwaar ten dele tegemoet te komen, is een trefwoorden index toegevoegd, met behulp waarvan op specifieke onderwerpen naar publicaties kan worden gezocht.

Tevens is een auteursindex opgenomen.

¹⁰ Bij artikelen is de status van het tijdschrift een bijkomend argument.

¹¹ Zoals bijvoorbeeld informele nota's en afstudeerscripties.

¹² Na ieder referaat is de bron ervan aangegeven; wanneer een bronvermelding ontbreekt betekent dit dat het referaat door de bibliograaf is vervaardigd.

¹³ De oorspronkelijke bron blijft in deze gevallen bij het referaat vermeld.

¹⁴ Betreffend hoofdstuk is verder onderverdeeld in een algemene paragraaf en een paragraaf die betrekking heeft op electronic data interchange EDI. In deze laatst genoemde paragraaf komt het gebruik van nieuwe communicatiemedia en experimenten op dit gebied aan de orde.

Binnen de bestaande reeks van bibliografieën¹⁵ kan deze bibliografie beschouwd worden als verbijzondering en opvolger van de bibliografie met de titel RELATIE EERSTE EN TWEEDE LIJN; jrg. 1, 1986, nr. 4.

¹⁵ Voor een overzicht van de reeks wordt verwezen naar de lijst die achter in deze bibliografie is opgenomen.

1. TAAKAFBAKENING

AVONTS, D., DEBAENE, L.

Huisarts, specialist in grensgebieden.

Huisarts Nu; 14, 1985, nr. 4, p. 139-142. 7 lit. opgn.

NIVEL

Acute pijn in de streek van de rechter hypochonder is vaak een differentiaal-diagnostische taak voor internisten en chirurgen. Soms wordt te conservatief afgewacht en in andere gevallen wordt te snel operatief ingegrepen. De taak van de huisarts beperkt zich vaak tot een snelle diagnose en doorverwijzen naar het hospitaal. Dat de huisarts de belangrijkste bijdrage kan leveren tot de juiste diagnose, wordt geïllustreerd aan de hand van een tweetal casussen. (aut. ref.)

BEEK, M., EIJK, J. VAN, RUTTEN, G.

Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening.

Medisch Contact; 39, 1984, nr. 39, p. 1247-1251.

NIVEL

Artikel waarin onderzoek beschreven wordt waarbinnen aan de orde komt welke mogelijkheden huisartsen en specialisten zien voor een optimale onderlinge taakafbakening. De centrale vraagstelling luidt: waar liggen naar het oordeel van de huisarts en specialisten de grenzen tussen het taakgebied van de eerste en dat van de tweedelijnsgezondheidszorg. Moeten huisartsen taken van specialisten overnemen? Tussen huisartsen en specialisten blijken grote verschillen te bestaan over de onderlinge taakafbakening. Verschil van inzicht bestaat vooral over de rol die de huisarts zou kunnen of moeten spelen in de coördinatie van de behandeling binnen de specialistische geneeskunde. De meeste huisartsen blijken aanmerkelijk meer te 'claimen' dan de meeste specialisten voor wenselijk en verantwoord houden. Mogelijkheden om de onderlinge taakafbakening bespreekbaar te maken en tot optimalisering van de samenwerking te komen liggen besloten in de ontwikkeling van *protocollen*. De specialist moet ook meer optreden als consulent voor de huisarts.

BELEIDSNOTA

Beleidsnota Extra-Murale CARA-Zorg.

S.I., Nederlands Astma Fonds, 1990, 64 lit. opgn., bijln.

NIVEL R 4604

CARA (astma, chronische bronchitis en emfyseem) is één van de meest voorkomende chronische aandoeningen in Nederland die zowel bij kinderen als bij volwassenen voorkomt en aanzienlijke persoonlijke en maatschappelijke gevolgen met zich meebrengt. CARA kent een multicausale genese: zowel endogene als exogene factoren beïnvloeden het ontstaan van klachten. Dit betekent dat naast medische behandeling van CARA-klachten tevens aandacht moet worden geschonken aan de leefstijl en de leefomgeving van de CARA-patiënt. Hierbij is actieve medewerking van de patiënt en diens directe omgeving van essentieel belang voor een adequate behandeling.

Het merendeel van de CARA-patiënten wordt in de eerstelijns behandeld en begeleid; hierbij zijn meerdere disciplines betrokken. Zij verlenen de extra-murale CARA-zorg (EMCZ): de specifieke professionele zorg die de CARA-patiënt en diens huisgenoten geboden wordt in de eigen leefomgeving: thuis, op school, tijdens recreatie.

De EMCZ moet gericht zijn op verbetering van de zelfzorg en gebaseerd op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Knelpunten in de EMCZ zijn terug te voeren tot een aantal oorzaken, waarbij de belangrijkste zijn:

- verschillen in opvatting over behandeling en begeleiding van CARA;
- geen éénduidige *'Vroegtijdige Opsporings-criteria'*;
- onvoldoende deskundigheid op CARA-gebied van de hulpverleners.

Daarnaast spelen samenwerkingsproblemen een rol. Aan de hand van de knelpunten zijn actiepunten geformuleerd en prioriteiten hierbij aangegeven die het Astma Fonds als leidraad kunnen dienen bij haar beleid ter verbetering van de EMCZ.

Deze actiepunten betreffen de volgende onderwerpen:

- CARA-nascholing en bijscholing van de eerstelijns hulpverleners betrokken bij de EMCZ stimuleren en voorwaarden hiervoor scheppen.
- Vergroten van de kennis van CARA en de interesse in CARA van jeugdartsen, bedrijfsartsen en sociaal geneeskundigen AGZ via de opleidingsinstituten.
- Kleinschalig onderzoek naar CARA stimuleren; dit betreft zowel onderzoek gericht op het ontwikkelen van screeningsinstrumenten als epidemiologisch onderzoek.
- Ondersteuning van projecten gericht op verbetering van de EMCZ (aut. ref.)

BOENINK, A., VOS, P. DE, KNOTTNERUS, A.

Moeheid: verschillen in benadering tussen huisartsen en internisten.

Medisch Contact; 41, 1986, no. 2, p. 54-57. 6 lit. opgn., bijln.

NIVEL

Verschillen in werksituatie tussen huisartsen en internisten gaan gepaard met verschillen in werkwijze. Uit het hier beschreven onderzoek, waarin de wijze waarop huisartsen en internisten omgaan met de klacht 'moeheid' centraal stond, blijkt dat huisartsen meer aan een psychosociale oorzaak voor de klacht denken. Internisten daarentegen denken vaker in de richting van (ernstige) somatische pathologie. Internisten zouden gemiddeld meer diagnostisch onderzoek verrichten dan huisartsen. Overigens bleek binnen de beide groepen de onderlinge overeenstemming niet erg groot.

COMMISSIE MEDISCH-SPECIALISTISCHE HULP

Rapport van de commissie medisch-specialistische hulp: uit te brengen aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid Cultuur en de Landelijke Specialisten Vereniging.

S.l.: s.n., s.a. bijln.

NIVEL R 3145

De volumegroei die zich de laatste jaren heeft voorgedaan bij de medisch-specialistische hulp heeft geleid tot overschrijding van het macro-budget van 1.8 miljard dat van overheidszijde voor deze sector als uitgangspunt is gekozen. De Commissie Medisch-Specialistische Hulp heeft zich beraden over de omvang van deze overschrijding, de factoren die hiervoor verantwoordelijk zijn en de mogelijkheden tot beheersing op dit gebied. Als oorzaken voor de volume-ontwikkeling worden genoemd:

- het falen van de regulering;
er moeten verworven rechten doorbroken worden, het systeem van budgettering is te grof;
- incentives ontbreken op micro-niveau;
- aan de vraagzijde ontbreken voldoende beheersinstrumenten;
- voor de specialist ontbreken financiële prikkels om zijn gedragspatroon te doorbreken;
- het huidige honoreringssysteem is geen stimulans voor de huisarts om het aantal verwijzingen te beperken;
- het ontbreken van een man-power planning is een van de belangrijkste factoren waardoor het huidige volume van medisch-specialistische hulp wordt verklaard.

EIJK, J. VAN, BEEK, M., HEYERMAN, J., HOECK, K. VAN, RUTTEN, G.

Taakafbakening tussen huisarts en internist: een comperatieve studie naar de opvattingen van Nederlandse en Belgische huisartsen en internisten.

Gezondheid en Samenleving; 6, 1985, no. 4, p. 286-295. lit. opgn.

NIVEL

Verslag van een onderzoek naar de opvattingen van huisartsen en internisten uit Nederland en België over hun medische taken en verantwoordelijkheden. De achterliggende reden voor het onderzoek is de maatschappelijke ontwikkeling waarbij de zorg van hogere naar lagere echelons naar zelf- en thuiszorg verschoven wordt. De onderzoeksvragen luiden:

- Hoe groot is het verschil in inzicht tussen Nederlandse en Belgische huisartsen met betrekking tot de taken die respectievelijk de huisarts, de specialist en de patiënt zelf hebben bij de behandeling van diabetes;
- Hoe groot zijn de verschillen in opvatting tussen Nederlandse en Belgische internisten;
- Zijn verschillen in taakopvatting tussen respectievelijk huisarts en specialist in Nederland anders dan in België?

De resultaten geven aan dat:

- Belgische huisartsen positiever staan tegen over veranderingen in de zorg;
- Nederlandse internisten een positiever houding aannemen dan hun Belgische collega's;
- De opvattingen van Nederlandse huisartsen en internisten meer met elkaar in overeenstemming zijn dan bij hun Belgische confraters het geval is.

ENGELSMAN, C., SUURMEIJER, TH.P.B.M., RIEWALD, M.

Poliklinische chemotherapie en continuïteit in de zorg: een enquête onder specialisten, polikliniekverpleegkundigen, huisartsen en wijkverpleegkundigen. Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, nr. 4, p. 130-133. 6 lit. opgn.

NIVEL

De behandeling met cytostatica is de laatste jaren steeds meer verschoven van kliniek naar polikliniek. De patiënt kan nu in de eigen omgeving blijven, maar hierdoor is tevens behoefte ontstaan aan complementaire hulp vanuit de eerste lijn. Via een enquête is nagegaan welke hulp de specialist, de huisarts, de wijkverpleegkundige en de polikliniekverpleegkundige bieden aan patiënten die poliklinisch chemotherapie ontvangen. Daarnaast is onderzocht in hoeverre er consensus bestaat tussen deze vier disciplines over hun taakafbakening. Uit de resultaten komt naar voren dat alle vier de disciplines zich richten op de medische aspecten van de behandeling, op de informatieverstrekking en op de psychosociale gevolgen van de behandeling; het enige verschil is de klemtoon die wordt gelegd op de verschillende taken. Verder blijkt dat de vier disciplines het

lang niet in alle opzichten met elkaar eens zijn over wie welke hulp moet bieden. (aut. ref.)

ENGELSMAN, C., RIEWALD, M.

Continuïteit van zorg bij poliklinische chemotherapie: een onderzoek.

Medisch Contact; 43, 1988, no. 44, p. 1377-1380. 10 lit. opgn.

NIVEL

Onderzoek naar de condities waaronder de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd bij patiënten die poliklinisch chemotherapie ontvangen. Wanneer de patiënt voor toediening van cytostatica naar de polikliniek gaat, heeft dit consequenties voor de eerste lijn; ten gevolge van bijwerkingen en psychische belasting van de behandeling is naast poliklinische hulp complementaire thuiszorg nodig van de huisarts en de wijkverpleegkundige. Er is nagegaan met welk soort probleem poliklinisch behandelde chemotherapiepatiënten in de thuissituatie worden geconfronteerd en welke knelpunten zich voordoen in de communicatie tussen en binnen de *lijnen*, hun deskundigheid en de afstemming van de zorg.

In het artikel wordt de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven.

De onderzoeksresultaten worden besproken:

- in de thuissituatie ervaren de patiënten problemen bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en op psychosociaal gebied; er blijkt een grote behoefte aan informatie over het verloop van de behandeling te bestaan;
- er blijken knelpunten in de communicatie tussen de hulpverleners te bestaan op het gebied van de informatieoverdracht, het overleg c.q. de consultatie, op het gebied van de deskundigheid van huisarts en wijkverpleegkundige en met betrekking tot de afstemming van zorg.

Poliklinische behandeling van kankerpatiënten verdient, ondanks de bestaande knelpunten, de voorkeur boven intramurale behandeling. Een taakverdeling tussen specialisten, huisartsen en wijkverpleegkundigen is wenselijk, waarbij de auteurs invulling gegeven aan deze taakverdeling.

HINGSTMAN, L., VISSER, J., VORST-THIJSSSEN, T., SIXMA, H.

Competitie en taakafbakening in de gezondheidszorg.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, nr. 23, p. 745-746.

NIVEL

Samenvatting van presentaties op de 'Gezondheidsonderzoekdag 1987'.

Aan de orde worden gesteld de taakafbakening en competitie binnen de verloskundige zorg, de taakafbakening aangaande de psychosociale problematiek, taakafbakening en competitie in de eerste lijn bij de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en EHBO in Almere, als

een zorg voor de eerstelijns. Op het terrein van de verloskundige zorg zijn drie beroepsgroepen actief: de verloskundige, de huisarts en de gynaecoloog. In een krimpende markt (er worden minder kinderen geboren) heeft de gynaecoloog zijn aandeel ten koste van de huisarts vergroot. Op het vlak van de psycho-sociale problematiek wordt vooral gewerkt door huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, vrijevestigde psychologen en RIAGG.

De plaats van EHBO staat nadrukkelijk ter discussie; patiënten geven in woord en daad aan dat zij, met name in steden waar een ziekenhuis beschikbaar is, deze vorm van hulp vooral zoeken in de tweede lijn.

HUISARTS

Huisarts en specialist op één lijn! (hoe) moet dat? Verslag van het symposium: gehouden op 30 november 1984.

Brunssum: St. Gregorius Ziekenhuis, s.a.

NIVEL B 1260

Symposiumverslag. In de inleiding worden in gang gezette ontwikkelingen zoals protocollaire werkafspraken, procedurele afspraken over informatie, communicatie en consultatie alsmede een aantal knelpunten gesignaleerd. Doel van het symposium is het vaststellen van randvoorwaarden en kaders die noodzakelijk zijn om tot een betere samenwerking of afstemming te komen tussen eerste en tweede lijn, waarbij sprake is van een overgang van vrijblijvend overleg naar afstemming.

De eerste spreker, H.A.M. Elsen, geeft de visie van de overheid op de ontwikkelingen weer. De tweede spreker, F.A. Vorst, inventariseert de in Nederland ontwikkelde samenwerkingsvormen en gaat in op de knelpunten. Riegen gaat in op toekomstige ontwikkelingen: *concrete voorstellen, met vermelding van professionele, organisatorische, planmatige en financiële consequenties, om tot afstemming te komen door middel van een projectvoorstel.* J.C. van Es gaat in op de mogelijkheden en onmogelijkheden bekeken vanuit de positie van de huisarts; aan welke criteria moet de samenwerking voldoen gelet op de taakomschrijving van de huisarts. Hierna volgt een verslag van de gevoerde paneldiscussie.

JACOBS, H.M., MELKER, R.A. DE, TOUW-OTTEN, F.W.M.M.

De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisartsen en specialisten.

In: Het Medisch Jaar 1985, Es, J.C. van, Joossens, J.V., Mandema, E., Olthuis, G. (red.), Deventer: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986, p. 50-58, lit. opgn.

NIVEL C 1539

Bij het huidige complexe klachtenpatroon en het sterk gedifferentieerde aanbod van specialistische hulpverleningsmogelijkheden, is het vervullen van de selecterende zeeffunctie door de huisarts voor tweedelijnsvoorzieningen bijzonder moeilijk. Voor het uitsluiten van lichamelijke ziekten hebben huisartsen in een aantal gevallen slechts een partiële deskundigheid, zodat de behoefte bestaat aan specialistische ondersteuning. De aard en de omvang van de benodigde aanvullende deskundigheid lopen sterk uiteen. Deze zijn afhankelijk van de klacht, van het niveau van professioneel handelen van de huisarts, als ook van ideeën, wensen en opvattingen van de patiënt.

De hulp van specialist en huisarts zijn slecht op elkaar afgestemd waardoor discontinuïteit in de hulpverlening ontstaat. Om negatieve effecten hiervan te verkleinen, zijn samenwerkingsvormen gewenst, waarbij huisarts en specialist evenwichtig hun beroepsspecifieke deskundigheid inbrengen. Dit vereist een zekere consensus over wederzijdse taken, inzicht in elkaars denk- en werkwijze, onderling vertrouwen en structureel overleg tussen huisarts en specialist. (aut. ref.)

JASPERS, J.

Schisma in de professie.

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 4, 1986, nr. 3, bijlage, p. 10-13. lit. opgn.

NIVEL

Gedrukte weergave van een lezing in het kader van een studieconferentie 'GEZONDHEIDSZORG AAN DE LIJN'. Huisartsen en specialisten hebben duidelijk gescheiden werkerterreinen. De indeling van de gezondheidszorg in lijnen levert bij hen geen vraagtekens op. Voor de auteur is de duidelijke scheiding van beide beroepen juist het gevolg van hun onderlinge afhankelijkheid. De geschiedenis van de wedijver tussen huisartsen en specialisten wordt geschetst. De uitkomst is bekend: een goed geregelde pseudoconcurrentie. Beide groepen hebben één gezamenlijk belang: expansie van de artsenzorg.

LAMBERTS, H.

Huisarts en specialist: complementair of substitutie?

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 25, p. 828-832. lit. opgn.

NIVEL

Artikel waarin ingegaan wordt op het te ontwikkelen beleid om te komen tot een herverdeling van taken tussen huisarts en specialist: substitutie van zorg. De auteur verwacht op inhoudelijke gronden weinig substitutie. Meer heil wordt gezien in een volume beperking van de specialistische zorg.

De veronderstelling is dat de professionele positie van de huisarts door het structuurbeleid flink versterkt is. Dit wordt uitgewerkt waarbij gelet wordt op verwijzingen (de prevalentie en de voorspellende waarde ervan) en op het nut van medische handelen en interventies (de kwaliteit wordt in dit verband niet uit het oog verloren). In een laatste paragraaf wordt ingegaan op het fenomeen *gewogen wachtlijsten*, die ontstaan door een volumebeperking van specialistische zorg.

RAALTE, B. VAN (red.)

Verslag Werkconferentie '*Innovatie is Amsterdam een zorg*', gehouden op 25 april 1985 in zalencentrum CASA 400.

Amsterdam, s.n., 1985. bijln.

NIVEL R 2448 I

Verslag van een conferentie georganiseerd in het kader van een innovatieproject. De deelnemers waren afkomstig uit kringen van eerste lijn, tweede lijn en van beleid. De conferentie was rond een drietal onderwerpen georganiseerd:

- innovatie in de relatie eerste-tweede lijn vanuit oogpunt van zorgverlening, structuur, financiering en regelgeving en ervaringen van het bedrijfsleven;
- de presentatie van een negental vernieuwende projecten;
- een presentatie van de methodiek, die door de *Innovatie Advies Groep van TNO*, is ontwikkeld.

In de inleiding op de sprekers worden een aantal hoofdlijnen binnen de gezondheidszorg geschetst rondom innovatie. De eerste spreker evalueert het *Innovatieproject* en toetst de resultaten aan zijn oorspronkelijke verwachtingen. In de lezing van van Es staat de samenhang van eerste en tweede lijn in de gezondheidszorg centraal; het dominante begrip is substitutie. Buijs gaat in op innovatie zoals hieraan binnen het bedrijfsleven betekenis wordt gegeven. Van der Werff beziet innovatie vanuit het oogpunt van structuur, financiering en regelgeving. Vervolgens wordt een beschrijving van een aantal projecten gegeven:

- verwijsonderzoek zuid-oost lob;
- gezinsverzorging op maat;
- continuïteit van zorg;
- het open benen project;

Daarna wordt een selectie uit de 15 middaggroepen gegeven en volgt de slot-toespraak.

SCHADÉ, E.

De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker: huisarts en praktijk.
Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 11, p. 366-368, 375. 13 lit. opgn.

NIVEL

Bij de behandeling en begeleiding van patiënten met kanker door de huisarts spelen zowel de psychosociale zorg voor de patiënt en diens omgeving, als de medische somatische zorg een belangrijke rol. Voor een goed verloop van een en ander is bovendien samenwerking met andere hulpverleners noodzakelijk. Er wordt hier uitsluitend ingegaan op de medisch-somatische zorg die de huisarts kan geven in verband met maligne aandoeningen en de therapie daarvoor, en op de samenwerking op dit gebied tussen huisarts en specialist. Aangegeven wordt dat de patiënt hierbij een centrale rol inneemt. In dit licht is het belangrijk dat er van een goede wederzijdse informatie en communicatie sprake is.

SIPS, A.J.B.I.

Protocollen voor de huisarts.

Medisch Contact; 41, 1986, no. 9, p. 277-279.

NIVEL

Geschreven versie van een lezing op het congres van de NHG. Uitgangspunt is dat de taakopvatting van de huisartsen op normen (min of meer exacte gegevens) en waarden (persoonlijke visies, meningen en emoties) gebaseerd is. Door het beschikbaar komen van medische informatie treedt er een voortdurende verschuiving van de individuele normstelling naar een normering vanuit een referentiekader op. Nieuw bij de protocolontwikkeling is echter dat door deskundigen voor een onderdeel van de beroepstaak een samenhangend geheel van richtlijnen wordt geformuleerd, zodat de handelwijze van de arts in concrete gevallen vastligt.

Hierbij vraagt ook de samenwerkingsrelatie tussen huisarts en specialist om aandacht; deze relatie is niet altijd optimaal. Oorzaken: verschil in taal; het ontbreken van taakomschrijvingen en -afbakeningen; verschil in benadering en in wijze van hulpverlening; verschil in visie op gezondheid en gezondheidszorg.

Het ontwikkelen van protocollen dient hand in hand te gaan met onderzoek, waarbij de beroepsgroep de eigen werkwijze voortdurend dient te *toetsen* aan de gepresenteerde norm. Een huisarts geneeskundig protocol is in dit verband het geheel van richtlijnen voor het geneeskundig handelen in een onderzoek- of behandelingsituatie dat door de beroepsgroep is geaccepteerd als meest doelmatige werkwijze om de individuele patiënt de beste kans te geven op een optimaal behandelingsresultaat.

In een laatste paragraaf wordt '*state of the art*' weergegeven met betrekking tot de protocolontwikkeling.

SIXMA, H.

EHBO in Almere: een inventariserend onderzoek naar de EHBO-voorziening in en rondom Almere.

Utrecht: NIVEL, 1987. lit. opgn., bijln.

NIVEL R 3561

Onderzoek naar het functioneren van een EHBO-voorziening in Almere; formeel bestaan er afspraken met betrekking tot de taakverdeling tussen de betrokken huisartsen en het ziekenhuis; de huisarts of het gezondheidscentrum vormen met het ziekenhuis de voorzieningen waar overdag maar ook 's nachts en in het weekend eerste hulp wordt verleend. De huisartsen en gezondheidscentra blijken zich boven verwachting van hun taken op EHBO-gebied te kwijten. Bij het onderzoek naar de patiëntenstromen en de -oordelen blijkt dat ± 60 à 75% van de patiënten dat zich meldt bij de polikliniek van het ziekenhuis door de huisarts en/of het gezondheidscentrum behandeld kan worden.

De patiënten wenden zich overdag doorgaans tot het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum (ook al staan zij daar niet ingeschreven). Buiten kantooruren gaan meer patiënten rechtstreeks naar een ziekenhuis hetgeen wijst op een slechte bereikbaarheid van eerstelijnsvoorzieningen. De kwaliteit van de eerstelijnsvoorzieningen en de EHBO-polikliniek wordt door de patiënten als goed beoordeeld.

De onderzoeker besluit met de conclusie dat de potentiële patiënt zich veelal tot het ziekenhuis wendt uit onwetendheid met de vaardigheden van de huisarts op dit gebied.

SIXMA, H.

EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lage Land Ziekenhuis.

Utrecht: NIVEL, 1990. 22 lit. opgn., bijln.

NIVEL R 4423

Op 5 april 1988 werd in Zoetermeer 't Lage Land ziekenhuis in gebruik genomen. Rond de opening van dit ziekenhuis is onderzoek verricht naar de EHBO-functie. De primaire doelstelling van het onderzoek was na te gaan wat de effecten zijn van de opening van het ziekenhuis op zowel de patiëntenstromen bij de verschillende categorieën hulpverleners, als op de oordelen van de patiënt over de EHBO-voorzieningen. Hiervan afgeleid, kan worden gekeken in hoeverre de door de huisartsen en specialisten

van het ziekenhuis gemaakte afspraken over de toegankelijkheid van de EHBO-voorziening effectief zijn.

De resultaten met betrekking tot aantallen patiënten en oordelen van patiënten zijn respectievelijk te vinden in paragraaf 3.6 en 4.5. Met betrekking tot de keuzes die in Zoetermeer worden door de patiënten gemaakt voor de categorieën van hulpverleners zoals die tot uitdrukking komen in de patiëntenaantallen, kunnen een tweetal opmerkingen worden gemaakt.

In de eerste plaats is het zo, dat de gepresenteerde cijfers zijn afgeleid uit de aantallen ingevulde registratieformulieren. Niet van alle individuen of instanties die in of om Zoetermeer beroepsmatig met EHBO te maken hebben, kon de medewerking worden verkregen; degenen die wel hebben meegewerkt, hebben dit niet altijd even plichtsgetrouw gedaan. De medewerking verschilt sterk per discipline. Wél is het mogelijk om per discipline na te gaan welke veranderingen na de opening van het ziekenhuis zijn opgetreden. In de tweede plaats betreft het onderzoek een tijdvak van *slechts* negen weken, te weten de ruim vier weken voor en de ruim vier weken onmiddellijk na de opening van het ziekenhuis. Het tijdvak is niet alleen kort, waardoor de aantallen personen die een beroep doen op EHBO met name bij subcategorieën klein zijn, maar bovenal bijzonder. De opening van het ziekenhuis vormt als het ware het rotsblok dat in het water van de Zoetermeerse gezondheidszorg wordt gegooid en vervolgens enige tijd rimpelingen en instabiliteit veroorzaakt.

Één algemene conclusie is: het beleid gericht op het voorkomen van een verschuiving van EHBO-patiëntenstromen richting ziekenhuis is geslaagd als gevolg van een effectief toegepaste terugstuurregeling. De regeling had echter een duidelijke weerslag op de tevredenheid van de patiënt, die in veel gevallen een dergelijke regeling maar matig kon waarderen. Een en ander vormde voor het Lange Land ziekenhuis mede een reden om per medio 1989 te besluiten patiënten, die zich op eigen initiatief bij de EHBO-afdeling van het ziekenhuis melden, niet langer terug te sturen naar de huisarts. Dit meest verregaande onderdeel van de afspraken tussen huisartsen en ziekenhuis is onder druk van de publieke opinie uit de regeling van de EHBO-functie geschrapt; daarmee is een unieke mogelijkheid om te onderzoeken wat op langere termijn de effecten zijn van het daadwerkelijk beperken van de toegankelijkheid van een EHBO-polikliniek voor 'zelfverwijzers', verloren gegaan.

Niettemin kunnen een aantal conclusies uit het onderzoek worden afgeleid:

- de regeling met betrekking tot de beperkte toegankelijkheid van het ziekenhuis is door de medewerkers van het ziekenhuis uitgevoerd; ongeveer de helft van de 'zelfverwijzers' is teruggestuurd naar de huisarts. Optimaal was de uitvoering niet, gezien het feit dat volgens

de behandelaars in het ziekenhuis tweederde van de contacten eigenlijk bij de huisarts thuis hoort;

- als de regeling niet zou zijn uitgevoerd, zou waarschijnlijk een forse verschuiving in de patiëntenstromen in de richting van het ziekenhuis zijn opgetreden;
- de regeling is effectief geweest in die zin dat door het grote aantal teruggestuurde patiënten nauwelijks wijzigingen in het patroon van afhandeling van EHBO-contacten is opgetreden;
- vermoedelijk is het effect van voorlichtingscampagnes op de EHBO-patiënten stromen gering: dit is te zien aan het feit dat ondanks een voorlichtingscampagne waarin mensen over het terugstuurbeleid werden geïnformeerd toch flinke verschuivingen in het patroon van aanmeldingen is opgetreden;
- het oordeel van patiënten over EHBO door ambulancedienst, huisarts en ziekenhuis is positief: het oordeel over de huisarts is wat positiever dan over het ziekenhuis;
- het 'terugstuurbeleid' heeft een duidelijk negatief effect op de oordelen van de patiënten over de hulpverlening.

STOKX, L., KERSTEN, T.J.J.M.T., VELDEN, J. VAN DER

Wie zorgt er voor de patiënt met epilepsie?

Utrecht: NIVEL, 1990. lit. opgn., bijln.

NIVEL R 4456

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten is belangrijk voor het verkrijgen van integrale en continue zorg, met name in geval van chronische aandoeningen. In Groot-Brittannië neemt de huisarts een belangrijke rol bij deze zorg in; de specialist wordt zelden betrokken bij de nazorg. Ondanks het ontbreken van voldoende onderzoeksmateriaal lijkt de specialist in Nederland een prominente rol en de huisarts een minimale rol te spelen in de zorg voor patiënten met epilepsie.

Het onderzoek richt zich op de taakafbakening tussen huisarts en specialist, beider taakuitoefening en de onderlinge afstemmingsactiviteiten. Hiertoe is een vragenlijst gestuurd naar huisartsen (n=500) en klinisch werkzame neurologen en zenuwartsen (n=584). Daarnaast is gebruik gemaakt van aanvullende gegevens afkomstig van de *Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk*. Met deze registratiegegevens is de taakuitoefening met betrekking tot epilepsie van de Nederlandse huisarts beschreven.

ZUTPHEN, W.M. VAN

De taken van de huisarts.

S.l.: s.n., 1984. dissertatie RUL, lit. opgn., bijln.

NIVEL B 1107

Verslag van een onderzoek waarin de volgende vragen centraal hebben gestaan:

- Welke taakdimensies zijn er af te leiden uit de activiteiten, die huisartsen dagelijks verrichten, met andere woorden: op welke taken is het werk van de huisarts feitelijk gericht?;
- In hoeverre hangen verschillen in taakuitoefening samen met kenmerken van de werksituatie, de werkwijze en de persoon van de huisarts?

In het onderzoek komen achtereenvolgens aan de orde:

- de ontwikkeling van het observatie-instrument;
- de meting van de taakperceptie;
- de aard en het karakter van het onderzoek en de beperkingen daarvan;
- een bespreking van de resultaten.

Er werden een zestal factoren opgespoord in verband met de taakdimensies te weten somatisch curatieve zorg, verwijzen naar en samenwerken met andere disciplines in het eerste echelon en het geven van onderwijs, het inwinnen van inlichtingen en advies voor de patiëntenzorg en nascholing, secundaire preventie en begeleiden van risicopatiënten en chronisch zieken, primaire preventie van vrouwen in de fertile leeftijd en van jonge kinderen en gespreksvoering. Hiermee kunnen zes gedragskenmerken van *het huisarts zijn* onderscheiden worden:

- de somaticus;
- de huisarts die veel samenwerkt;
- de huisarts die veel tijd besteed aan nascholing en zijn patiënten in het ziekenhuis opzoekt;
- de huisarts die weinig verwijst en veel aandacht besteed aan secundaire preventie;
- de somatisch ingestelde huisarts die veel preventieve zorg verleent;
- de minder somatisch-gerichte huisarts, die veel tijd besteed aan gespreksvoering en die door de daarmee gepaard gaande verlenging van de consultduur, onder druk moet werken.

Uit het onderzoek blijkt onder meer dat een aantal taken niet goed tot ontwikkeling zijn gekomen zoals *surveillance* en *gespreksvoering*. Een aantal variabelen bleken van invloed op de taakopvatting van de huisarts namelijk het gemiddeld aantal patiënten per uur, de leeftijdsopbouw van de plaats waarin gepraktiseerd werd, de consult-visite ratio en de proportie aangevraagd laboratoriumonderzoek.

Tevens werd een relatie gevonden tussen de taak gespreksvoering en de breedte van de taakopvatting. Op grond van de resultaten zijn geen

aanwijzingen gevonden die duidelijkheid verschaffen over de invloed van praktijkverkleining, de uitbreiding van diagnostische faciliteiten en samenwerking op de taakopvatting. De auteur vermoedt dat men zich voor de verdere ontwikkeling en aanpassing van de huisartsgeneeskundige zorg moet richten op de attitude van de huisarts en het bevorderen van samenwerkingsverbanden om gedragsveranderingen te weeg te brengen. Het gevonden verband tussen taakopvatting en gespreksvoering houdt een aanwijzing in dat de attitude één van de drijvende krachten is voor het gedrag. Een en ander zou kunnen betekenen dat wanneer in samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld groepspraktijken of gezondheidscentra, artsen met die verschillende affiniteiten en taakopvattingen werkzaam zijn, zij elkaar in protocol-besprekingen of bij intercollegiale toetsing in belangrijke mate kunnen stimuleren, motiveren en aanvullen.

2. TAAKOPVATTING EN WERKWIJZEN

BEEK, M., EIJK, J. VAN, RUTTEN, G.

Verschuivingen van eerste naar tweede lijn?: opvattingen van huisartsen en specialisten.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 10, p. 299-302. 21 lit. opgn.

NIVEL

Voorlopig verslag van een onderzoek met de volgende vraagstelling: bestaat er verschil van opvatting tussen huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening en, zo ja, waar komt dat verschil dan vandaan? De meeste huisartsen bleken veel meer taken te claimen dan de meeste specialisten voor wenselijk houden. Hoe denkt men nu over verschuivingen in de gezondheidszorg. De globale uitkomst is, positief gesteld, dat de huisarts enthousiaster is over gereguleerde verschuivingen dan specialisten (aut. ref.)

BIJEENKOMST

Verslag van een bijeenkomst van huisartsen en specialisten in Comblain-La-Tour (B) van 23-25 september 1982.

S.l.: s.n., s.a.

NIVEL R 1705

Congresbundel behorend bij een bijeenkomst van 15 Maastrichtse huisartsen en 15 specialisten verbonden aan ziekenhuis St. Annadal aangevuld met leden uit de *stuurgroep* in Comblain-La-Tour. De centrale doelstelling luidde: *"Kennis nemen van elkaars werkwijze en van elkaars opvattingen over knelpunten en conflicten alsmede van elkaars taakopvattingen."*

Diverse knelpunten in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn werden gepresenteerd in de vorm van een vijftal casussen. Daarnaast werd gediscussieerd over de voor- en nadelen van protocollaire geneeskunde. Door middel van een rollenspel werd verder getracht een beter inzicht te geven in elkaars functioneren en tenslotte werd er nog gediscussieerd over vooraf opgesteld stellingen betreffende communicatie. De bundel bevat verder verslagen van de inleidingen op de onderwerpen:

- wat is er 'loos' tussen huisarts en specialist;
- probleembespreking aan de hand van casuïstiek;
- protocollaire geneeskunde.

BOOTS, J., ZUTPHEN, W. VAN

Taakopvatting van de huisarts.

Medisch Contact; 36, 1981, no. 3, p. 65-68. 8 lit. opgn.

NIVEL

De taken die huisartsen in de Nederlandse gezondheidszorg behoren te vervullen zijn al enkele decennia onderwerp van discussie. Een systematische en empirische beschrijving van de feitelijk door huisartsen uitgevoerde taken ontbreekt, vandaar dit onderzoek; de observatie van huisartsen in hun dagelijkse praktijk staat centraal. De observatie is gericht op de volgende functies: diagnostiek, therapie, verwijzing, preventie, begeleiding en de hiermee samenhangende condities voor de taakvervulling: samenwerking.

Het niveau van de diagnostiek en therapie dat tot de huisartsentaak wordt gerekend blijkt samen te hangen met de arts-leeftijd. Bovendien wordt de meningsvorming aangaande het taakniveau beïnvloed door het aantal ziekenfondspatiënten in een praktijk en ook de mate van urbanisering van die praktijk.

BOOTS, J.M.J.

Het werk van de huisarts: resultaten van een functie-analyse in 93 huisartspraktijken.

S.l.: s.n., 1983. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, lit. opgn., tabn.

NIVEL B 889

De situatie in de Nederlandse gezondheidszorg in het midden van de zeventiger jaren werd gekenmerkt door een zeer sterke aandacht voor de rol en functie van de huisarts. Ondanks vele discussies, rapporten en beleidsvoornemens bleef de kwantitatieve informatie omtrent het door huisartsen verrichte werk gering. De behoefte aan cijfermatige onderbouwing groeide, naarmate meer, vaak tegengestelde, veronderstellingen omtrent taakuitoefening, praktijkomvang en gewenst functioneren geuit werden.

Het onderhavige onderzoek is gericht op het empirisch beschrijven van de huisartsentaken naar hun omvang en inhoud. Bovendien wordt gezocht naar verklaringen van eventuele verschillen in taakuitoefening, die gelegen kunnen zijn in organisatorische omstandigheden van praktijken en uiteenlopende taakopvattingen van huisartsen. Op grond van de veronderstelde vraag-aanbod-verhouding wordt de feitelijke gepresenteerde vraag naar huisartsenzorg in alle onderzochte gevallen gelijkgesteld. De uitkomsten van het onderzoek bevestigen de belangrijke functie die de huisarts uitoefent als poortwachter van de Nederlandse gezondheidszorg.

Aan diagnostiek wordt, in verhouding tot alle andere werkzaamheden, de meeste tijd besteed: van de totale patiëntenstroom die een beroep op de huisarts doet wordt negentig procent afdoende geholpen. Ten gevolge van zijn positie als *eerste* hulpverlener is de tijdsbesteding van de huisarts in sterke mate afhankelijk van het patiëntenaanbod. Hierdoor ontstaat een dienstverlening op afroep, die door zijn inhoud en wijze van verstrekking slechts in geringe mate te beïnvloeden valt; de omvang van de vraag naar gezondheidszorg is in hoge mate bepalend voor de tijdsbesteding van de huisarts. (aut. ref.)

EVERZWIJN, S.E.M., MELKER, R.A. DE

De werkwijze van huisarts en specialist.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 9, p. 302-306. 14 lit. opgn.

NIVEL

In het artikel wordt geprobeerd de overeenkomsten en verschillen in het gebruik van procedures tussen huisartsen en specialisten te beschrijven en te analyseren. Er worden een drietal medische probleem-oplossende strategieën beschouwd:

- herkenning, dit is de overeenkomst tussen een probleem en een situatie waarvoor een oplossing bekend is;
- proberen of algoritmische benadering, hieronder wordt het één voor één proberen van mogelijke oplossingen verstaan; onderscheiden worden: blindelings proberen (trial and error) en systematisch alle mogelijkheden aftasten (algoritmische exploratie);
- heuristische exploratie, er wordt gezocht naar informatie om vast te stellen of er *veelbelovende* onderzoeksrichtingen bestaan.

Met deze strategieën corresponderen drie medische oplossingsmethoden: patroonherkenning, systematische routineprocedures en hypothese gestuurde werkwijze. Patroonherkenning blijkt zowel van belang voor de huisarts als de specialist; de algoritmische wordt het meest gebruikt door specialisten terwijl huisartsen in de regel vervolgen met de heuristische benadering. De verschillen zijn vastgesteld op basis van een achttal factoren: de positie binnen de gezondheidszorg, het aangeboden patroon van symptomen, de mate van zekerheid met betrekking tot de gestelde diagnose, de diagnostische faciliteiten, de aan het onderzoek verbonden kosten, de mate van stress bij de patiënt en de voorspellende waarde van positieve en negatieve bevindingen.

GERRITSMA, J.G.M., SMAL, J.A.

De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie.

Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1982. bijln., lit. opgn.

NIVEL B 861

In deze studie worden de wijze waarop huisartsen en internisten problemen oplossen met elkaar vergeleken. De werksituatie en de opleiding van deze twee beroepsgroepen zijn verschillend maar zij worden dikwijls voor gelijksoortige problemen geplaatst. Gaan zij daarbij op dezelfde manier te werk, of is er een duidelijk verschil aantoonbaar in hun werkwijze? Om deze vraag te beantwoorden moet men kunnen beschikken over een geschikt onderzoeksinstrument. Het doel van deze studie is derhalve de ontwikkeling van een methode om de werkwijze van artsen te registreren en te onderzoeken in hoeverre er verschillen zijn tussen huisartsen en internisten.

De eerste vier hoofdstukken zijn vooral theoretisch van aard. In het eerste hoofdstuk wordt het probleemgebied beschreven en de beschikbare onderzoekstechnieken. Op een van deze technieken, simulatie en in het bijzonder patiëntensimulatie, wordt in de volgende twee hoofdstukken meer in detail ingegaan. Het vierde hoofdstuk geeft een overzicht van de theorieën over probleemoplossen en onderzoeksresultaten over de wijze waarop artsen dit doen.

Deze theoretische inleidingen worden gevolgd door een beschrijving van de wijze waarop het onderzoek werd uitgevoerd. Hiervoor werd een interactieve patiëntensimulatie ontwikkeld. In hoofdstuk vijf wordt dit instrument beschreven en in de twee volgende hoofdstukken het vooronderzoek en de opzet van het definitieve onderzoek.

Hoofdstuk acht is geheel gewijd aan de validiteit van de interactieve patiëntensimulatie. De criteria die zijn gekozen voor het bepalen van de validiteit en de resultaten geven aan dat de simulatie aan de verwachtingen voldeed.

De hoofdstukken negen tot en met dertien geven het verslag van het onderzoek naar de verschillen in de werkwijze van huisartsen en internisten. De hypothesen hierover worden in hoofdstuk negen geformuleerd en in de vier volgende hoofdstukken worden deze getoetst aan de gegevens die in het onderzoek werden verkregen.

Hierna volgt, in de drie slothoofdstukken, een beschouwing over de aangetoonde verschillen in de werkwijze van huisartsen en internisten, over de ervaringen met interactieve patiëntensimulatie en over de conclusies die aan de resultaten van het onderzoek verbonden kunnen worden. (aut. ref.)

GILL, K.

Een andere kijk op de huisarts: kijkdagen voor specialisten in de regio Leiden. Medisch Contact; 42, 1987, no. 19, p. 591-592. 3 lit. opgn.

NIVEL

Los van een soortgelijk project in Nijmegen zijn in Leiden kijkdagen voor specialisten in de huisartspraktijk opgezet. Er wordt een vergelijking tussen de opzet in Nijmegen (gestructureerd en thematisch) en Leiden (experimenteel, oriënterend en ongestructureerd) gemaakt. De ervaringen van de deelnemers aan het experiment worden weergegeven; de aandachtspunten betroffen de interactie patiënt-huisarts en het beeld dat specialisten hebben van de huisarts. Het artikel wordt afgesloten met kritische opmerkingen en conclusies.

JACOBS, H.M., WEERTS, J.P.M., HELL, R.J. VAN DER, TIMS-POLDERMAN, C.A.J.

De werkzaamheden van de huisarts in en om Tilburg: een inventarisatie bij specialisten en huisartsen.

Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht, 1987. UHlform 7, lit. opgn, bijln.

NIVEL

In de zomer van 1986 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder alle 118 specialisten die in de Tilburgse ziekenhuizen werkzaam zijn en de 113 met hen samenwerkende huisartsen. Door middel van een survey werd de volgende vraag onderzocht: *'In welke aspecten van het dagelijks werk van een huisarts hebben de in de Tilburgse ziekenhuizen werkzaam zijnde specialisten onvoldoende inzicht?*

De aanleiding tot het onderzoek was een vraag van enkele huisartsen en specialisten die zich bezig hielden met de voorbereiding van de tweejaarlijkse gemeenschappelijke nascholingscursus. Zij hadden het vermoeden, dat onvoldoende inzicht bij de Tilburgse specialisten in het werk van een huisarts een belemmering was om te komen tot een verdergaande integratie van huisartsgeneeskundige en specialistische hulpverlening in Tilburg.

Het werk van de huisarts werd geoperationaliseerd rondom acht hoofdaspecten: de organisatie; de verrichtingen; de tijdsbesteding; de aard van de consultaties; de morbiditeit; de problematiek en de redenen en waarom een huisarts verwijst; het telefonisch overleg met specialisten. Deze acht aspecten werden verwerkt in een schriftelijke lijst met achtentachtig vragen. Het gebruikte instrument is aan een uitvoerig onderzoek onderworpen.

De specialisten hebben in een aantal deelaspecten van de praktijkorganisatie van de huisarts onvoldoende inzicht. Het beeld bestaat dat de huisarts minder geoutilleerd en minder gestructureerd werkt dan in werkelijkheid het geval is. Het percentage patiënten dat de huisarts consulteert met chronische klachten wordt door de specialisten te hoog geschat. De incidenties van weinig voorkomende aandoeningen worden door de specialisten duidelijk overschat.

Als gekeken wordt naar de gemiddelde schatting van specialisten ten aanzien van het aantal huisartsen, dat bepaalde verrichtingen toepast, dan kan worden gesteld, dat deze schatting voor nagenoeg alle verrichtingen te laag is, met uitzondering van de schattingen van het aantal huisartsen, dat zelf ECG's maakt en beoordeelt, alsmede het aantal huisartsen, dat zelf bevallingen leidt.

De schatting van de specialisten ten aanzien van het aantal patiënten bij wie een huisarts gericht lichamelijk onderzoek is verricht is te laag. Alle andere schattingen van de medische handelingen door de huisarts, met uitzondering van het aantal patiënten bij wie de huisarts medicijnen voorschrijft, zijn te hoog.

Het beeld, dat er binnen de specialistengroep bestaat van de medische handelwijzen kan als volgt worden samengevat. Bij weinig patiënten vindt een lichamelijk onderzoek plaats. De huisarts schrijft vaak een recept uit. Bij een relatief grote groep patiënten wordt aanvullend laboratoriumonderzoek of röntgenonderzoek aangevraagd. Wekelijks verwijst de huisarts ongeveer vijftien patiënten naar een fysiotherapeut; bij een aantal patiënten wordt een maatschappelijk werker of een wijkverpleegkundige ingeschakeld. Het verwijzingspercentage bij weinig voorkomende aandoeningen wordt door een groep specialisten te laag geschat, terwijl het verwijzingspercentage van veel voorkomende aandoeningen systematisch te hoog wordt ingeschat.

Volgens de Tilburgse huisartsen worden ongeveer 50 patiënten gemiddeld per maand verwezen, exclusief de verwijzingen in verband met refractie afwijkingen. De antwoorden van de specialistengroep komen goed overeen met de aantallen, die door de huisartsen zijn opgegeven.

Was het twintig jaar geleden zo, dat bijna zes op de tien verwijzingen plaatsvonden op grond van een tekort aan kennis of vaardigheden van de huisarts, volgens de Tilburgse huisartsen is dit nu nog slechts bij drie van de tien verwezen patiënten het geval. De schatting van de specialisten ligt in het algemeen hoger dan de opgave van de huisartsen, maar de specialisten rangordenen de verwijzredenen overeenkomstig de huisartsen. Een Tilburgse huisarts heeft weinig telefonisch overleg met de specialisten, alleen met de internisten en met de chirurgen heeft een huisarts gemiddeld éénmaal per week telefonisch overleg. Telefonisch overleg met reumato-

logen, KNO-artsen, neurologen of orthopeden vindt minder dan één maal per week plaats. Volgens de specialisten zijn het ook deze twee disciplines, samen met het specialisme KNO, waarmee huisartsen zich het meest frequent telefonisch onderhouden. De beeldvorming die er in de specialistengroep bestaat over het aantal malen dat huisartsen telefonisch contact hebben met individuele specialisten wijkt echter fors af van het door de huisartsen gepresenteerde plaatje. De specialisten schatten bijvoorbeeld de frequentie van het overleg tussen een huisarts en de internisten, chirurgen op zeven à negen keer per maand. Ook ten aanzien van de frequentie van het overleg, dat de huisartsen hebben met andere specialisten, komen de specialisten systematisch tot een schatting, die aanzienlijk hoger is.

Wordt naar de beeldvorming van de individuele Tilburgse specialist gekeken dan blijkt dat slechts éénderde een beeld van de werkzaamheden van de Tilburgse huisarts heeft dat goed aansluit op de realiteit. Daarnaast heeft éénderde een beeld dat totaal niet overeenkomt met het dagelijks werk van de huisarts. Voor de overige specialisten geldt dat zij in een aantal aspecten wel een goed inzicht hebben maar in andere niet. (aut. ref.)

JACOBS, H.M., MELKER, R.A. DE, HELL, R.J. VAN DER

Wat weten specialisten van het werk van huisartsen? Een onderzoek in een middelgrote gemeente.

Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, nr. 4, p. 152-156. 28 lit. opgn.

NIVEL

In een middelgrote gemeente werd het inzicht van specialisten in het werk van huisartsen onderzocht door middel van een gestructureerde vragenlijst. Veel specialisten schatten de praktijkorganisatie en -outillage van de huisarts minder goed in dan zij in werkelijkheid zijn. Ook werd het zelf uitvoeren van lichamelijk onderzoek en diagnostische en kleine chirurgische verrichtingen onderschat. Daarentegen overschatten de specialisten het aantal patiënten bij wie de huisarts aanvullend onderzoek laat verrichten. Slechts vijf op de tien specialisten bleken een goed inzicht in het werk van de huisartsen te hebben. (aut. ref.)

KNOTTNERUS, J.A., LEFFERS, P.

De invloed van verwijsgedrag op het onderscheidend vermogen van diagnostische test: een theoretische beschouwing.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 65, 1987, no. 15, p.486-494. lit. opgn., app.

NIVEL

Indien men de situatie van huisartsen en specialisten met elkaar vergelijkt, dan kan het onderscheidend vermogen van een diagnostische test, gekarakteriseerd door sensitiviteit, specificiteit, aannemelijkheidsquotiënt en ROC-curve, verschillen ten gevolge van verwijspatronen van huisartsen. Vooral de symptomatologie en de uitslag van de eventueel verrichte test zullen de verwijkskans beïnvloeden, terwijl de mate van ontwikkeling van het pathologisch proces rechtstreeks de kans op positieve uitslagen beïnvloedt.

De mogelijke veranderingen worden geanalyseerd met behulp van rekenvoorbeelden, waarbij de volgende situaties worden bestudeerd: de verwijzing is alleen afhankelijk van de symptomatologie; de verwijzing is afhankelijk van symptomatologie en testuitslag; de verwijzing is alleen afhankelijk van de testuitslag.

In het eerste geval blijven de testkenmerken en voorspellende waarden per stratum van de symptomatologie onveranderd, in het laatste geval veranderen alleen de voorspellende waarden niet. Bij een positief verband tussen de afwijkende testuitslag en de verwijkskans, zullen in de verwezen populatie als geheel, de sensitiviteit toenemen, de specificiteit afnemen en het aannemelijkheidquotiënt van de afwijkende uitslag afnemen ten opzichte van deze parameters in de niet-verwezen populatie.

Een algemene representatie wordt gegeven voor de evaluatie van de richting van de verandering van het aannemelijkheidsquotiënt. (aut. ref.)

NIJHOUT, F.P.

De opening van een ziekenhuis: gevolgen voor de taakopvattingen en verwijscijfers van huisartsen.

In: De eerste lijn onderzocht: artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Boerma, W.G.M., Hingstman, L. (red.), Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985, p. 75-83. lit. opgn.

NIVEL B 1220

De taakopvattingen van huisartsen die aan het onderzoek hebben meegedaan, zijn als gevolg van de vestiging van een ziekenhuis in de plaats waar zij praktijk houden niet erg gewijzigd; het taakgebied op de grens van eerste en tweede lijn lijkt in de ogen van deze artsen kleiner te zijn geworden. In één opzicht is zelfs het tegendeel gebleken. De huisartsen claimen een grotere invloed op het gemeenschappelijke werkterrein als het gaat om de afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen huisarts en specialist. Op twee manieren is mogelijk aan deze verrassende ontwikkeling bijgedragen. De komst van het ziekenhuis heeft er vermoedelijk toe geleid dat de

huisartsen, nu het kan, ook daadwerkelijk meer invloed willen hebben op de behandeling door specialisten van patiënten uit hun praktijk. Daarnaast is het denkbaar dat de huisartsen zich door de specialisten bedreigd voelen in de tot voor kort betrekkelijk autonome uitoefening van bepaalde taken; dit sluit aan bij de voortschrijdende professionalisering van de huisartsgeneeskunde.

Hoewel minder dan verwacht, is er toch een geringe toename van het aantal verwijzingen geconstateerd. Deze blijft voornamelijk beperkt tot oogheelkunde. Juist op de verwijzingen naar dit specialisme heeft de huisarts weinig invloed. De aanzuigende werking van het nieuwe ziekenhuis op het verwijsgedrag van de huisartsen in de directe omgeving is één tot twee jaar na de opening nihil.

Ondanks enkele uitzonderingen is het algemene beeld dat uit het onderzoek naar voren komt, dat taakopvattingen en verwijsgewoonten tamelijk stabiele kenmerken zijn. Tevens leert het onderzoek dat men uit de resultaten van transversale analyses niet rechtstreeks conclusies kan trekken over het verloop van veranderingen in de tijd. Zo blijkt dat de in transversaal onderzoek aangetoonde relatie tussen de verwijscijfers van huisartsen en de afstand tot het ziekenhuis nog niet betekent dat verkleining van die afstand direct drastische gevolgen voor het verwijsgedrag van huisartsen heeft.

RUTGERS, M.J.

Geneeskundige en maatschappelijke aspecten van de zorg voor epilepsiepatiënten in Nederland.

Rotterdam: s.n., 1984. dissertatie, lit. opgn., appn.

NIVEL

Aan de hand van de literatuur wordt duidelijk gemaakt met welke problemen zowel de medicus als de patiënt worden geconfronteerd, wanneer er sprake is van epilepsie.

De prognose van de epilepsieën is onduidelijk. Mogelijk kan na verloop van tijd meer dan de helft van de mensen, zonder medicatie, toevalsvrij zijn. Bij studies die groepen epilepsiepatiënten op een peildatum bestuderen blijkt echter dat niet meer dan een derde van de onderzochte patiënten meer dan twee jaar toevalsvrij is, meestal met medicatie.

Gezien het feit dat er sprake is van een langdurige aandoening is het niet verwonderlijk dat een groot aantal psycho-sociale problemen zich kan voordoen. Mede op grond van ideeën uit het verleden leven er nog steeds vele vooroordelen onder de bevolking omtrent de epilepsie. Ook medici ontkomen hier niet aan. De beste manier om vooroordelen te bestrijden is informatie en contact met patiënten.

Er wordt ingegaan in op de historische ontwikkeling van de organisatie van de epilepsiebestrijding. Daarna komen een aantal aspecten uit de huisartsgeneeskunde aan de orde. Er wordt ingegaan op het feit dat de huisarts met name een belangrijke taak zou kunnen vervullen bij het behandelen en begeleiden van mensen met een chronische aandoening, zoals bijvoorbeeld epilepsie. Een probleem blijft dat dit in grote lijnen weliswaar door huisartsen wordt onderschreven, doch dat onduidelijk blijft in hoeverre specialisten het hier mee eens zijn.

Daarna wordt de centrale vraagstelling van het onderzoek aan de orde gesteld: *Welke mening hebben huisartsen en neurologen en zenuwartsen omtrent een vernadering van de rol van huisarts en neuroloog bij de epilepsie bestrijding? Waar is de epilepsiepatiënt onder behandeling en welke rol speelt de huisarts in dezen? Hoe ziet een groep epilepsiepatiënten eruit?* Dit zijn in het kort de vragen waar het onderzoek verder op in gaat.

De respons van het uitgevoerde enquêteonderzoek is acceptabel, rond 80%. Het blijkt dat een meerderheid van huisartsen het een verbetering van de gezondheidszorg rond epilepsiepatiënten zou vinden, indien behandeling en begeleiding van deze groep patiënten zou worden overgenomen door de huisarts. Diagnostiek en instellen op therapie blijven voorbehouden aan de specialist. Het is opmerkelijk dat jongere huisartsen in grotere mate geneigd zijn dit te onderschrijven dan oudere huisartsen. Specialisten hebben in meerderheid een tegenovergestelde mening. Ook hier geldt dat de jongere specialisten een grotere bijdrage aan deze uitkomst leveren.

Daarna wordt het onderzoek onder epilepsiepatiënten (N = 127) beschreven. De gegevens van de respondenten tonen geen verschillen met die van de non-respondenten. Zij beïnvloeden het resultaat derhalve niet. Teneinde het patiëntenaantal te vergroten werd een vervolgonderzoek verricht waarbij 104 epilepsiepatiënten werden opgespoord. Van hen werden uitsluitend schriftelijk gegevens verzameld. Voor beide groepen patiënten geldt dat de rol van de huisarts in de behandeling zeer bescheiden is. Het merendeel van de patiënten is tevreden over de feitelijke situatie en wenst hierin geen verandering.

Zij onderschrijven tevens dat de specialist het beste in staat is om de controles te doen, dan wel de behandeling te verrichten. Driekwart van de respondenten is van mening dat het bevorderd moet worden dat huisartsen epilepsiepatiënten gaan behandelen en begeleiden. De totale indruk is dat de patiënten een tweeslachtig antwoord geven. De meest positieve interpretatie is dat in de huidige situatie geen verandering wordt gewenst, doch dat dit in de toekomst zou kunnen veranderen, indien de

huisarts in staat wordt gesteld voldoende kennis te verzamelen om de behandeling en begeleiding van epilepsiepatiënten op zich te nemen. Het proefschrift wordt besloten met een terugblik die gevolgd wordt door enkele aanbevelingen.

RUTGERS, M.J.

De zorg voor epilepsiepatiënten: meningen van huisartsen en specialisten gepeild.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 24, p. 721-724. 42 lit. opgn.

NIVEL

De taak van de Nederlandse huisarts met betrekking tot behandeling en begeleiding van epilepsiepatiënten kan worden verruimd. Het betekent een verbetering van de gezondheidszorg indien de specialist verantwoordelijk blijft voor het stellen van de diagnose en het instellen op anti-epileptica, terwijl verdere behandeling en begeleiding verzorgd wordt door de huisarts. Specialisten dienen louter verantwoordelijk te zijn voor het stellen van de diagnose en het instellen op anti-epileptica. De gezondheidszorg wordt daar alleen maar beter van. Deze stelling heeft de auteur, coördinator van de Werkgroep Pijnbestrijding in het Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, voorgelegd aan 20% van de huisartsen in ons land en aan alle Nederlandse neurologen en zenuwartsen-leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Driekwart van de ondervraagde huisartsen, vooral jongeren onder hen, bleek de stelling te onderschrijven. Twee van de drie specialisten wezen haar af; vooral jonge specialisten toonden zich afwijzend. Degenen die werkzaam waren op een opleidingsafdeling neurologie of in een epilepsiecentrum waren minder duidelijk in hun 'neen'. (aut. ref.)

RUTGERS, M.J.

De zorg voor epilepsiepatiënten: een onderzoek onder patiënten.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 25, p. 756-758. 52 lit. opgn.

NIVEL

De taak van de Nederlandse huisartsen met betrekking tot de behandeling en begeleiding van epilepsiepatiënten kan worden verruimd. Die stelling heeft de auteur niet alleen voorgelegd aan huisartsen en specialisten maar ook aan patiënten. De mening van die epilepsiepatiënten: het gaat goed zoals het gaat, maar wijzigingen in de zin van een uitbreiding van de taak van de huisarts in de toekomst worden niet door de patiënten zonder meer afgewezen. (bewerkt aut. ref.)

RUTTEN, G., EIJK, J. VAN, BEEK, M.

Huisarts, huidarts of patiënt?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 11, p. 325-326. lit. opgn.

NIVEL

Als tweede artikel in een serie van dezelfde auteurs over de afbakening van taken tussen huisartsen en specialisten een beschouwing over de afbakening van taken tussen huisarts en huidarts ten aanzien van de behandeling van chronisch constitutioneel eczeem en verrucae. Blijkens een schriftelijke enquête onder 550 huisartsen en 140 dermatologen rekenen huisartsen de diagnostiek en therapie van constitutioneel eczeem tot hun taak en competentie; nog niet de helft van de dermatologen is het daarmee eens. Dermatologen vinden wel dat huisartsen veel vaker wratten moeten aanstippen; 30% van de huisartsen vindt dat niet zelf te hoeven doen. Doordat de opvattingen zo uiteenlopen, bijvoorbeeld ook over de mogelijkheden van zelfzorg, is het moeilijk tot een adequate taakafbakening te geraken. (aut. ref.)

RUTTEN, G., BEEK, M., EIJK, J. VAN

Kleine chirurgie: door wie?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 12, p. 367-368. 6 lit, opgn.

NIVEL

Door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zijn 550 huisartsen en 140 chirurgen geënuquéteerd over hun taakopvattingen. Huisartsen bleken het tot hun taak en competentie te rekenen kleine en middelgrote wonden te hechten en apert benigne huidtumoren te verwijderen. Zij verschilden hierover sterk van opvattingen met de chirurgen, een feit waarmee in discussies over een doelmatig gebruik van eerste-hulpvoorzieningen rekening zal moeten worden gehouden. Ten aanzien van het verrichten van een wigexcisie lopen de opvattingen van huisartsen en chirurgen minder ver uiteen. De rol van de huisarts bij het behandelen van 'complexere' wonden dient bescheiden te blijven: daarover zijn beide groepen het in meerderheid eens. (aut. ref.)

RUTTEN, G., EIJK, J. VAN, BEEK, M.

Controles bij diabetes mellitus: een peilend onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 13, p. 389-390. 14 lit. opgn.

NIVEL

Wat de behandeling en controle van diabetes patiënten betreft liggen de grenzen tussen de verschillende hulpverleningsniveaus geenszins vast. Huisartsen rekenen de behandeling van type II-diabeten tot hun taak en

achten zich op dit terrein competent, een opvatting die door de meerderheid van de internisten wordt gedeeld. Verschillen van opvatting doen zich vooral voor met betrekking tot de behandeling met orale anti-diabetici. De behandeling van type I-diabeten vinden huisartsen en internisten in meerderheid specialistenwerk. Tot zover enige uitkomsten van een enquête in het kader van het project *Huisarts en optimalisering van de gezondheidszorg* aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. (aut. ref.)

RUTTEN, G., EIJK, J. VAN, BEEK, M.

Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg.

Medisch Contact; 40, 1985, nr. 14, p. 432-434. 16 lit. opgn.

NIVEL

De diagnostiek van fluor vaginalis hoort thuis in de eerste lijn; daarover heerst overeenstemming tussen de meeste huisartsen en de meeste gynaecologen, al plaatsen de laatsten eerder een kanttekening bij de competentie van de huisarts, diens opleiding en nascholing ter zake. Mogelijkheden tot verschuiving in de taakafbakening tussen huisarts en gynaecoloog achten vertegenwoordigers van beide beroepen vooral aanwezig ten aanzien van het plaatsen van een IUD. Een en ander blijkt uit onderzoek, verricht aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. (aut. ref.)

RUTTEN, G., EIJK, J. VAN, BEEK, M.

Chronische bronchitis: opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 15, p. 457-458. 10 lit. opgn.

NIVEL

Een beschouwing over de opvattingen over een taakverdeling bij de diagnostiek en behandeling van chronische bronchitis. De hierover ondervraagde 279 huisartsen en 33 longartsen bleken uiteenlopende opvattingen te hebben over wiens taak het is een thoraxfoto te laten maken. 60% van zowel huisartsen als longartsen rekent het verrichten van longfunctieonderzoek op enigerlei wijze tot de taak van de huisarts. De verschillen van opvatting op het gebied van therapie berusten voornamelijk op verschillen in beoordeling van de competentie van de huisarts. De mogelijkheden van zelfbehandeling worden door longartsen iets groter geschat dan door huisartsen. (aut. ref.)

SCHADÉ, E., BROUWER, H.

Het diagnostisch proces van huisarts en specialist: meer overeenkomsten dan verschillen I.

Airways; 6, 1987, no. 3, p. 5-9. 19 lit. opgn.

NIVEL

Zo nu en dan wonen huisarts en specialist elkaars spreekuur bij. Deze eenvoudige en leerzame vorm van nascholing en kennismaking maakt snel enkele significante verschilpunten duidelijk in werkwijze bij het diagnostisch proces; de huisarts is meer procesgericht terwijl de specialist sterker let op het resultaat; de huisarts leunt op voorkennis over de patiënt terwijl de specialist meer gebruik maakt van diagnostische voorzieningen. Daarbij komt dat de specialist een meer geselecteerd aanbod van patiënten heeft. Er worden een viertal diagnostische modellen onderscheiden:

- patroonherkenning;
- stap voor stap methode;
- strategy of exhaustion;
- hypothetico-deductieve methode.

Men dient rekening te houden met de verschillen in patiëntenpopulatie bij de vergelijking van het diagnostisch proces van huisarts en specialist:

- verschillen in morbiditeitspatroon;
- door de voorselectie door de huisarts zal de specialist met de meer ernstige gevallen geconfronteerd worden;
- de voorspellende waarde van een afwijkende uitslag van specialistisch onderzoek kan relatief groot zijn.

De vergelijking van het diagnostisch proces van huisarts en specialist is onderzocht aan de hand van de klacht *hoesten*. Van de 1860 contacten waarin hoesten als klacht werd gepresenteerd, leidden er 13 (0,7%) tot een verwijzing naar een andere specialist dan de longarts. Geen van deze contacten leidde tot een verwijzing naar de longarts. In de contacten welke resulteerden in een verwijzing naar de longarts (n=17) presenteerden de patiënten andere klachten dan hoesten, vond de verwijzing plaats op grond van/ter confirmatie van diagnoses zoals bronchitis, astma, emphyseem.

SCHADÉ, E.

De huisarts een zorg.

Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989. Inaugurale rede UvA, 122 lit. opgn.

NIVEL R 4335

Oratie waarin de ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde vanaf in eerste instantie WO II en in tweede instantie de WOUDSCHOTEN-conferentie

in 1959 worden geschetst; dit gebeurt aan de hand van de binnen bepaalde periodes dominante zorgconcepten. Binnen het nieuwe beleidsconcept staat de zorgfunctie centraal, los van de plaats waar deze wordt verstrekt; het denken in samenwerkingsverbanden maakt daarmee plaats voor het denken in zorgassen, waarvan de medische as met de huisarts en de specialist er één van is.

Thuiszorg neemt binnen het concept een nadrukkelijke plaats in; door het nieuwe ordeningsprincipe moet de muur tussen de thuiszorg en de ziekenhuiszorg afbrokkelen; de huisarts levert daarbij een deel van zijn poortwachtersfunctie in en zal leiden tot een heroriëntatie op de waarde van huisartsgeneeskundige en specialistische hulpverlening.

De spreker gaat in op de consequenties van een en ander voor wetenschappelijk onderzoek en op de consequenties voor onderwijs en opleiding. De beroepsopleiding gaat sinds kort uit van einddoelstellingen afgeleid van het basistakenpakket van de huisarts. Deze doelstellingen zijn bij een opleiding van twee jaar niet te halen. Dit vraagt om zorgvuldige taakafspraken binnen de opleiding; onderwijs in de complementaire hulpverlening door huisarts en specialist verdient een nadrukkelijke plaats. Het huisartsgeneeskundige aandeel in patiënt-gebonden onderwijs zal zich daarbij richten op de epidemiologie in de praktijk, op de pré-medische fase, op vroege diagnostiek, op psychosociale aspecten en op spoedeisende situaties. Het lichamelijk onderzoek en het voor de huisarts toegankelijke laboratoriumonderzoek krijgt daarbij ruim aandacht. Bij een goede taakverdeling geeft de specialist vervolgens onderwijs over het proces dat leidt tot de definitieve diagnose en over de behandeling. De huisarts komt weer aan bod bij de nazorg en bij de begeleiding op lange termijn van de patiënt en zijn familie.

SCHAYCK, C.P. VAN, WEEL, C. VAN

Behandeling C.A.R.A. door huisarts en longarts.

The Practitioner; 6, 1989, no. 11, p. 833-836. 10 lit. opgn.

NIVEL

In het Nijmeegs interventieonderzoek worden de lange-termijneffecten bestudeerd van bronchus verwijdende medicatie op het beloop van CARA. Huisartsen blijken meer gericht te zijn op bestrijden van de klachten en geven vaker bronchus verwijders, terwijl longartsen meer gericht lijken te zijn op het voorkomen van exacerbaties en vaker inhalatiecorticosteroïden voorschrijven. Er blijkt echter geen vastomlijnd beleid te zijn voor de behandeling van CARA-patiënten. Zowel over- als onderbehandeling lijken voor te komen. Voorgeschreven medicatie dient niet alleen gebaseerd te zijn op klachten maar ook op objectieve longfunctieparameters. (aut. ref.)

SLUITER, H.J.

Het diagnostisch proces van huisarts en specialist: meer overeenkomsten dan verschillen II.

Airways; 6, 1987, no. 3, p. 10-12

NIVEL

De auteur gaat in op het diagnostisch proces in het algemeen, de eventuele verschillen daarbij tussen huisarts en specialist en tenslotte worden enige kanttekeningen gemaakt bij het symptoom *hoest*.

De conclusie is, dat wanneer huisarts en specialist het eens kunnen worden over de stelling van de soortgelijkheid van het diagnostisch proces, dan zou daarmee ook meteen een betere bodem gelegd kunnen worden voor de discussies tussen huisarts en specialist; de nadruk moet niet zozeer liggen op de onderlinge tegenstellingen als wel op het complementaire karakter dat het handelen van beide beroepsgroepen kenmerkt.

SPREEUWENBERG, C.

C.A.R.A. juist beoordeeld.

The Practitioner; 6, 1989, no. 11, p. 799-802.

NIVEL

Tussen de huisartsen onderling blijken er grote verschillen te bestaan op preventief, diagnostisch en curatief gebied wat het beleid bij C.A.R.A. betreft. Het stellen van de diagnose (in wezen is C.A.R.A. een verzamelwoord voor een aantal uiteenlopende ziektebeelden) berust op een deskundig afgenomen anamnese en een (eenvoudig) longfunctieonderzoek. De huisarts kan verder onderzoek verrichten naar een mogelijk allergische factor, de aanwezigheid van bronchusobstructie of een bacteriële ontsteking. De samenwerking met de longarts dient goed afgestemd te zijn. (aut. ref.)

STAVEREN, G. VAN

Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen.

Amsterdam: VU Uitgeverij, 1984. dissertatie, lit. opgn., bijln.

NIVEL B 1058

Onderzoek waarin de volgende vragen centraal staan:

- Welke taken zien huisartsen aan zichzelf gesteld bij de uitoefening van hun beroep, hoe reageren zij op die taken en met welke factoren hangen hun reacties samen?
- Welke samenhang is er tussen de gevoelsmatige reacties van huisartsen op de verwachtingen ten aanzien van:
 - het toepassen van geneeskundige kennis en vaardigheden;
 - het verlenen van algemene op de persoon van de patiënt afgestemde hulp en hun werkwijze?
- In hoeverre beïnvloedt het gevolgd hebben van de artsenopleiding tot en met de beroepsopleiding tot huisarts de taakopvatting en werkwijze van huisartsen?

Centraal in dit onderzoek staat het begrip '*taakopvatting*'. Taakopvatting van een huisarts wordt gedefinieerd als de houding van een huisarts ten opzichte van de belangrijkste rolverwachtingen over zijn professioneel functioneren. In dit onderzoek worden attitudes opgevat als een **algemene** evaluatieve respons op een psychologisch object. Het algemene karakter houdt in, dat het gaat om een teneur in de reacties van een persoon op het psychologisch object in diverse situaties.

Er zijn TaakOpvattingSchalen voor HuisArtsen (THOSA-schalen) ontwikkeld, methodisch onderzocht (hieraan wordt de meeste aandacht in het onderzoek besteed) en binnen het onderzoek toegepast.

In de discussie wordt benadrukt dat huisartsen hun geneeskundige kennis en vaardigheden eerder toepassen uit een persoonsgerichte belangstelling voor de patiënt dan uit een geneeskundegerichte attitude. Dit verschijnsel is verklaarbaar door te veronderstellen, dat huisartsen zichzelf niet beschouwen als de geneeskundig deskundigen bij uitstek. Als zodanig zouden zij eerder specialisten beschouwen. Daardoor zouden huisartsen zich in de toepassing van geneeskundige kennis en vaardigheden minder competent voelen dan specialisten. Zij verrichten geneeskundige handelingen dan ook niet zozeer vanuit een positieve attitude ten opzichte van de geneeskunde, maar eerder omdat ze de patiënt willen laten merken aandacht te hebben voor hun klachten. Daarnaast wordt gesteld, dat het professionele gedragsrepertoire van een huisarts vooral gevuld is met geneeskundige handelingen en in veel mindere mate met persoonsgerichte handelingen. Een huisarts, die veel wil doen voor een patiënt zal dan ook veel geneeskundige handelingen verrichten.

Ervaren financiële druk wordt gevoeld als een bedreiging voor de huisartsgeneeskundige discipline. Verondersteld wordt, dat huisartsen, die zich bedreigd voelen in hun voortbestaan als huisarts relatief weinig belangstellen in problemen, die derden, zoals patiënten hebben met hun situatie, in tegenstelling tot huisartsen, die zich niet bedreigd voelen. Dat zou de negatieve samenhang tussen persoonsgerichtheid en politieke

progressiviteit enerzijds en het ervaren van financiële druk anderzijds kunnen verklaren.

Tenslotte werd verondersteld, dat met het gebruikte onderzoeksdesign het effect van de beroepsopleiding tot huisarts niet zichtbaar gemaakt kan worden. Verondersteld werd, dat het effect van onderwijs in het algemeen het duidelijkst optreedt vlak na het afsluiten van het onderwijs. Naarmate een huisarts langer in een praktijk werkt wordt de invloed van de praktijk op diens handelen groter, en vervagen de verschillen tussen huisartsen die ontstaan zijn door het volgen van verschillende opleidingen.

Het was echter onmogelijk om in dit onderzoek twee groepen huisartsen samen te stellen uit een groep, die pas was afgestudeerd. Terughoudendheid is derhalve geboden bij het doen van uitspraken over het effect van de beroepsopleiding tot huisarts op attitude en werkwijze van de in de praktijk werkende huisartsen.

STOKX, L.J., KERSTEN, T.J.J.M.T.

Aandeel van huisarts en specialist in de zorg voor de patiënt met epilepsie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 134, 1990, no. 40, p. 1943-1946. 17 lit. opgn.

NIVEL

Verschillen van inzicht tussen huisartsen en specialisten omtrent de onderlinge taakafbakening vormen een belemmering bij de verbetering van de zorg voor patiënten met epilepsie. In dit kader is aan een aselechte steekproef van 500 huisartsen en aan alle klinisch werkzame neurologen gevraagd naar taakopvattingen (meningen) en feitelijke taakuitoefening inzake epilepsie. De respons bedroeg 54%. Tussen respondenten en non-respondenten waren geen statistisch significante verschillen aantoonbaar. Het nader diagnostiseren van epilepsie en het instellen op anti-epileptica werden door zowel huisartsen als specialisten beschouwd als taken voor de specialist, de behandeling van een aanval in een thuissituatie werd beschouwd als taak voor de huisarts. Meningsverschillen bestonden omtrent medicatiecontrole, herhalingsreceptuur, begeleiding bij rijbewijsproblematiek en coördinatie van zorg. Naar de mening van de auteurs kan nadere bespreking in de werkgroep Epilepsie-overleg van het Nederlands Huisartsen Genootschap en in de Federatie voor Epilepsiebestrijding van betekenis zijn. Voor de concrete zorg bevelen zij de invoering van een patiënteninformatiekaart aan. (aut. ref.)

3. COMMUNICATIE

3.1 ALGEMEEN

BEUGÉLING, A., WOUTEN, J.C. VAN DER

De verwijfsbrief in zijn context: de betekenis van de verwijfsbrief nader beschouwd binnen de samenwerkingsrelatie huisarts-specialist.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 26, p. 873-876. 16 lit. opgn.

NIVEL

In dit artikel wordt het nut van standaardisering van verwijfsbrieven ter discussie gesteld. Nagegaan wordt welke factoren de inhoud en het effect van een verwijfsbrief beïnvloeden. In het kader van het hieraan ten grondslag liggende onderzoek zijn dertien huisartsen uit Rotterdam en acht internisten van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (DIJKZIGT) geïnterviewd. Verder zijn 48 verwijfsbrieven van voormelde huisartsen aan de bij het onderzoek betrokken internisten aan een inhoudelijke analyse onderworpen. Aan het eigenlijke onderzoek is een uitgebreide literatuurstudie voorafgegaan. (aut. ref.)

BEUSEKOM, J.A.H. VAN, GEERLING, J.

De ontslagbrief: voor de praktijk.

Huisarts en Wetenschap; 132, 1988, no. 51, p. 2315-2316. 2 lit. opgn.

NIVEL

Een belangrijk communicatiemiddel tussen huisarts en specialist is de ontslagbrief; dit is een bericht van een specialist aan een huisarts of andere specialist over een patiënt, die uit de klinische behandeling ontslagen wordt. Formeel dient de ontslagbrief beschouwd te worden als een formulier waarmee de medische verantwoordelijkheid wordt overgedragen, hetgeen betekent dat de inhoud de daarvoor noodzakelijke gegevens dient te bevatten. In de praktijk heeft de ontslagbrief meer functies: een gedachtensamenvatting en nabeschuwing; een samenvatting ten behoeve van poliklinische controle; een beoordelingsdocument voor de arbeidsgeschiktheid en rijvaardigheid van de patiënt.

Daartoe dient de ontslagbrief aan een aantal noodzakelijke gegevens te bevatten:

- administratieve gegevens: naam, functie en adres van de geadresseerde(n), de personalia van patiënt, datum van opname en ontslag, gegevens over ziekenhuis en behandelend specialist;

- medisch inhoudelijke gegevens: reden van opname, anamnese, uitkomsten van het onderzoek en laboratoriumtests, consulten met conclusies en de uiteindelijke diagnose;
- behandelingsgegevens: beloop, prognose, behandelingsadvies na ontslag, afspraken omtrent medische controle

Facultatief kunnen adviezen met betrekking tot paramedische behandeling, omtrent de voorlichting van patiënt en zijn sociale omgeving alsmede adviezen met betrekking tot de werkhervatting worden opgenomen. Het artikel wordt afgesloten met een voorbeeld.

BREMER, G.J.

Een onderzoek van verwijfsbrieven.

Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 3, p. 100-101. 8 lit. opgn.

NIVEL

Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de verwijfsbrief van de huisarts naar de specialist? In totaal 97 eerste verwijfsingen naar internisten, kinderartsen en neurologen werden beoordeeld op grond van inhoudelijke en formele criteria. In 20 gevallen was er in het geheel geen schriftelijke informatie, en van de 77 verwijfsbrieven werden er slechts 11 als 'goed' beoordeeld. (aut. ref.)

DIJK, J. VAN, PETERS, F., DOOREN, F.P.J. VAN (B EGL.), SYROIT, J. (B EGL.)

De communicatie tussen huisarts en specialist in de regio Tilburg.

Tilburg: Vakgroep Psychologie van Organisatie en Arbeid, 1981. lit. opgn., bijln.

IHRUU RP W62 COM81 DIJK

In het kader van een nascholingscursus voor huisartsen en specialisten met als thema: '*de communicatie tussen huisarts en specialist*', werd een empirisch onderzoek gedaan. Het onderzoek, dat het karakter had van een *pilot-study*, viel in twee delen uiteen.

Allereerst werd door middel van een schriftelijke enquête onder alle huisartsen en specialisten in de regio Tilburg gepoogd om de communicatie tussen huisarts en specialist in kaart te brengen. Dit gebeurde aan de hand van gegevens met betrekking tot consultfrequentie, inhoud van de contacten, de communicatiekanalen en de tevredenheid met de communicatie.

Dit mislukte voor wat betreft de specialisten door een zeer lage respons, zodat deze groep in het tweede deel van het onderzoek minder aan bod kwam dan de huisartsengroep.

In het tweede deel werd de communicatie, zoals deze in het eerste deel naar voren kwam, in verband gebracht met de zogenaamde *taakperceptie*

van de huisarts; dit is de opvatting van de huisarts omtrent de inhoud van zijn eigen taak en die van de ander (de specialist), alsmede de manier waarop beide uitgevoerd dienen te worden.

Hiertoe werd eerst de taakperceptie gemeten door middel van een steekproef onder de huisartsen (N=25). Dit gebeurde met behulp van een individueel afgenomen vragenlijst. De dimensie taakperceptie is vervolgens voor deze steekproef vergeleken met de tevredenheid over de communicatie tussen huisarts en specialist.

De resultaten wijzen op een *duidelijk* negatief verband tussen een *veranderende* taakperceptie van de huisarts en diens tevredenheid met de communicatie.

Gezien de geringe omvang van de steekproef zijn de resultaten tentatief, maar nodigen uit tot verder onderzoek naar de relatie tussen taakperceptie en de waargenomen kwaliteit van de communicatie tussen huisarts en specialist. (aut. ref.)

DOELEMEN, F. (PROJ.)

Primary-secondary interface project: report on a pilot study of problems in communication between general practitioners and internists in the Almelo region in the Netherlands 1984-1986.

S.I.: Association of Schools of Public Health in the European Region/European Collaborative Health Services Studies, 1986. appn., lit. opgn.

NIVEL

Verslag van een pilotstudie uitgevoerd in Almelo. Het doel van het onderzoek was het onderzoeken:

- van de vragenlijsten op toepasbaarheid;
- van de mogelijkheden tot het bestuderen van knelpunten bij het verwijzen samen met de betrokken partijen;
- van mogelijkheden tot verbetering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en de mogelijkheden tot het oplossen van de gesignaleerde knelpunten.

Het gaat om een kwalitatief onderzoek waarbij de aard van de problematiek zwaarder weegt dan op de prevalentie van de de problemen. In de maanden september en oktober 1984 verwezen de 7 betrokken huisartsen 30 patiënten naar internisten. 18 van deze verwijzingen werden geïntieerd door de huisarts, 4 door de patiënt en 3 door een andere specialist.

Bij 5 herhaalverwijzingen op initiatief van de internist bestonden aanzienlijke verschillen terzake doeleinde en medische noodzaak.

Van de 30 verwijzingen werden er 12 als problematisch benoemd om reden van noodzakelijkheid van de verwijzing. In 12 gevallen vonden tripartite gesprekken plaats: 2 verwijzingen bleken niet terecht te zijn, 5

waren medisch noodzakelijk en 5 bleken niet-medisch maar wel psychologisch noodzakelijk te zijn.

Tijdens de evaluatie bleken er grote verschillen in beoordeling van het project te bestaan tussen huisartsen en internisten.

De slotconclusies luiden:

- de gebruikte vragenlijsten zijn toepasbaar maar kunnen vereenvoudigd worden;
- de communicatieproblemen tussen huisarts en internist zijn in principe oplosbaar;
- onderzoek kan de inzichten en handelwijze van zowel huisarts als internist beïnvloeden;
- het blijft onduidelijk of het mogelijk is en of er behoefte aan vergelijkbaar onderzoek.

DOELEMEN, F.

Het verbeteren van de communicatie tussen huisartsen en internisten: verslag van een onderzoek in de regio Almelo.

Medisch Contact; 43, 1988, no. 12, p. 375-377. 18 lit. opgn.

NIVEL

Tussen 1984 en 1986 is in de regio Almelo onderzoek gedaan naar problemen in de communicatie tussen huisartsen en internisten. Doel van het onderzoek was, deze problemen bespreekbaar te maken en wegen tot verbetering te zoeken. Het project omvatte schriftelijke enquêtes over een dertigtal verwijzingen onder huisartsen, internisten, driehoeksgesprekken over twaalf probleemverwijzingen en een evaluatie.

Het onderzoek maakte deel uit van een internationaal project '*European Collaborative Health Services Studies*'; het project viel uiteen in een drietal groepen:

- area descriptions: gestandaardiseerde beschrijvingen van alle gezondheidsvoorzieningen per regio;
- tracer studies: vergelijkingen van het medisch onderzoeken van ziektebeelden in verschillende regio's;
- interface studies: gericht op onderzoek van de aansluiting van tweedelijnsvoorzieningen op de eerstelijns.

Het onderhavige onderzoek ging uit van de volgende vooronderstellingen:

- de huisarts fungeert slechts ten dele als en sluis die de toegang tot de specialist reguleert;
- er bestaat geen consensus over de taakafbakening tussen huisarts en specialist;
- de communicatie tussen huisarts en specialist is onvolledig.

De doelstellingen van het onderzoek waren:

- het opsporen van problemen in de relaties tussen huisarts en specialist;
- het bespreekbaar maken van de gevonden problemen;
- het zoeken naar oplossingen om de onderlinge communicatie te verbeteren;
- het toetsen van de te gebruiken instrumenten op hun toepasbaarheid: enquêteformulieren voor huisarts (2x) en specialist, driehoeksgesprekken en evaluatieformulieren.

Op basis van de onderzoeksresultaten konden de veronderstellingen/hypothesen niet weerlegd worden. Met betrekking tot de doelstellingen is er op alle gebied vooruitgang geboekt, terwijl de gebruikte instrumenten (hoewel ze vereenvoudiging behoeven) bruikbaar bleken.

EGBERTS, G.W.

Patiënt-huisarts-specialist: een driehoeksverhouding.

Huisarts en Wetenschap; 30, 1987, no. 1, p. 23-25. 2 lit. opgn.

NIVEL

Aan de hand van twee casusbesprekingen wordt een pleidooi gehouden voor een actieve opstelling van de huisarts bij de communicatie tussen patiënt en specialist. De aanwezigheid van de huisarts bij een slecht-nieuwsgesprek betekent niet alleen een belangrijke steun voor de patiënt, maar verhoogt ook de trefzekerheid van het verdere beleid van de huisarts. (aut. ref.)

HAGEMAN, H.J., GIFFEN, H. VAN, MEYBOOM, W.A.

Verslaglegging van specialist aan huisarts.

Medisch Contact; 39, 1984, no. 16, p. 513-514. 4 lit. opgn.

NIVEL

De verslaglegging van specialisten aan huisartsen ontmoet veel kritiek: huisartsen krijgen de brieven van specialisten vaak (te) laat, soms zelfs helemaal niet; bovendien zijn de brieven vaak te lang en bevatten te weinig informatie waar de huisarts iets mee kan. Een gemengde commissie van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) heeft maatstaven geformuleerd waaraan een goede verslaglegging moet voldoen. Veel verwacht de commissie daarbij van automatisering van de berichtgeving.

HAVE, J. TEN, BUWALDA, J.

Hoe het beter kan tussen huisarts en specialist: een methode voor kleinschalig overleg.

NIVEL

Kleinschalig overleg wordt door de auteurs gezien als een mogelijke oplossing om de bestaande kloof tussen huisarts en specialist te dichten. Het door de Stichting O&O opgezet project is gericht op het ontwikkelen van kleinschalig overleg en het maken van werkafspraken in het bijzonder. Het accent ligt op het beschrijven van de gebruikte methode en niet op de feitelijke inhoud van het overleg. Randvoorwaarden voor succes zijn:

- wederzijdse motivatie;
- het ontbreken van belemmeringen zoals ongelijkwaardigheid, competentiestrijd, misbruik van specialistische kennis e.d.
- het uitwisselen van informatie en werkwijzen.

Alvorens er werkafspraken gemaakt kunnen worden moeten de doelen van het overleg vastgesteld worden; een middel om inzicht in elkaars werkwijzen te krijgen is de casuïstiekbespreking. Aan de hand van gesignaleerde knelpunten kunnen werkafspraken gemaakt worden. Het verdient aanbeveling het maken van werkafspraken als een cyclisch proces op te vatten, met andere woorden de afspraken moeten van tijd tot tijd geëvalueerd worden.

De methode wordt geïllustreerd aan de hand van een praktijkvoorbeeld.

HAVE, J.J.I.M. TEN, KOLKER, L.

Consultatievormen huisarts-specialist.

Utrecht: Stichting O & O, 1990. lit. opgn.

NIVEL

Consultatie wordt gedefinieerd als *een vorm van overleg met als doel het verbeteren van de taakuitvoering van de consultatievrager*; huisartsen en specialisten kunnen beide zowel de rol consultatievrager als van consultatiegever vervullen. Consultatie kan gericht zijn op:

- advisering;
- het voorkomen van onnodige verwijzingen;
- deskundigheidsbevordering;
- taakafstemming.

De algemene doelen van consultatie zijn:

- ondersteunen van individuele of groepen artsen bij het bepalen en uitvoeren van (medisch) beleid;
- opsporen van leemten in deskundigheid;
- deskundigheidsbevordering;
- gericht aanvragen van onderzoek;
- voorkomen of bekorten van behandeling en/of diagnostiek;
- sneller en gericht terugverwijzen;

- efficiëntere diagnostiek in de eerste lijn door het gebruik van tweedelijns faciliteiten;
- gericht verwijzen;
- betere taakverdeling en -afstemming tussen huisarts en specialist;
- vergroten van de bereikbaarheid.

Er kunnen een vijftal grondvormen van consultatie worden onderscheiden:

- telefonische consultatie: op een van te voren vastgesteld moment vraagt de consultatievrager om advies;
- diagnostische consultatie: specifieke vorm van telefonische consultatie waarbij advies wordt ingewonnen ten behoeve van diagnostiek;
- consultatiebijeenkomsten: een vaste groep huisartsen en specialisten komt regelmatig bijeen voor patiëntbespreking;
- consultatieve verwijzing: de patiënt wordt voor een of een beperkt aantal consulten verwezen naar de specialist, waarbij de specialist een advies opstelt en de patiënt terug verwijst;
- gezamenlijke consultatie: huisarts en specialist consulteren elkaar in het bijzijn van de patiënt.

De gekozen vorm van consultatie wordt in hoge mate bepaald door de doeleinden van het consult; er zijn een aantal voorwaarden van invloed op het verloop van de consultatie:

- de relatie huisarts-specialist bepaalt voor een deel de kwaliteit van de consultatie;
- de patiëntenstroom, het volume bepaalt mede de intensiviteit van het contact;
- de gestructureerdheid van de consultatie en de afspraken omtrent de vorm van de consultatie.

In de brochure, bedoeld voor artsen, wordt een en ander nader uitgewerkt, waarbij het aanbieden van praktische alternatieven voor consultaties het hoofddoel is.

KEIJSERS, L.L.J.M., KONING GANS, H.J. DE

Communicatie tussen huisarts en specialist: een Maastrichts experiment. Van basisfilosofie tot werkelijkheid.

Medisch Contact; 38, 1983, no. 29, p. 902-903.

NIVEL

Bij wijze van particulier initiatief startten huisartsen en specialisten uit Maastricht een studiegroep met als doel nieuwe wegen voor samenwerking te ontsluiten: de oude zaten dicht. De groep wilde wat doen aan de onderlinge beeldvorming en daadwerkelijk samenwerken. Na formele erkenning, waarmee ze tot stuurgroep werd verheven, organiseerde de groep om te beginnen een tweedaags *conclaf*. Centraal stonden het

kennis nemen van elkaars werkwijze en van elkaars opvattingen over knelpunten en conflicten, alsmede over elkaars taakopvattingen. Aan de orde kwamen de vragen:

- Hoe verloopt de informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist;
- Hoe staat men tegenover intramurale verwijzingen;
- Wie is verantwoordelijk voor de gegevens en uitslagen van onderzoek dat de huisarts via het diagnostisch centrum laat verrichten?

KERSTEN, T.J.J.M.T., FOETS, M.

De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, 1990, no. 1, p. 36-41. lit. opgn.

NIVEL

In dit artikel wordt verslag gedaan van een beschrijvend onderzoek naar de contacten die huisartsen hebben in verband met de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Speciale aandacht is besteed aan het overleg van de huisarts met de specialist. Ten behoeve van het onderzoek registreerden 41 huisartsen gedurende drie maanden al hun contacten betreffende de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten (N=1978).

Huisartsen blijken in hoofdzaak overleg te plegen met de specialist, als zij vinden dat patiënten met spoed dienen te worden opgenomen. Van 28% van alle opnamen beschouwt de huisarts zichzelf als initiatiefnemer. Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en in verband met de beslissing tot ontslag of de nazorg overlegt de huisarts slechts sporadisch met de specialist. Specialisten zoeken van hun kant nauwelijks contact met huisartsen in verband met de ziekenhuisopnamen, de daarop volgende behandeling en het ontslag.

Huisartsen blijken overigens wel betrokken bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten, maar dan via rechtstreeks contact met de patiënt, met name na het ontslag. Van de opgenomen patiënten wordt 19% door de huisarts in het ziekenhuis bezocht. Met de helft van alle patiënten heeft de huisarts thuis, op het spreekuur of telefonisch contact na hun ontslag. Thuis bezoekt de huisarts 31% van alle ontslagen patiënten uit eigen beweging.

De onderzoeksresultaten geven aan dat huisartsen de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten vrijwel altijd geheel in handen geven van de specialist. Veelal pas na het ontslag nemen huisartsen met de patiënten de draad weer op. (aut. ref.)

KERSTEN, T.J.J.M.T., VERHAGE-SPLIET, C.M.TH.

De invloed van de verwijsbrief op de procedure in de tweede lijn.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 68, 1990, no. 8, p. 341-345. lit. opgn.

NIVEL

Tweehonderd verwijsbrieven van huisartsen en de daarbij behorende specialistenbrieven -de terugrapportage van specialisten- werden retrospectief bestudeerd. Doel was om na te gaan of een door de huisarts gedaan voorstel over de te volgen procedure in de tweedelij n het beleid van de specialist beïnvloedt. Het onderzoek werd toegespitst op verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde.

De resultaten bevatten aanwijzingen voor het belang van een procedurevoorstel in de verwijsbrief. Als de huisarts de verwijzing niet expliciet bestempelt als adviesaanvraag, gaan internisten ook niet als zodanig met de verwijzing om. Bij het ontbreken van een procedurevoorstel nemen specialisten de behandeling over of verwijzen de patiënt terug naar de huisarts, al dan niet met de mededeling de patiënt graag nog eenmaal op de polikliniek te willen terugzien. Gezamenlijke behandeling door huisarts en specialist komt helemaal niet voor, zonder expliciet verzoek daartoe van de huisarts. Als huisartsen een procedurevoorstel achterwege laten, neemt de specialist in de helft van de gevallen de behandeling over. De andere helft wordt (al dan niet in combinatie met een eenmalig specialistisch vervolgconsult) terugverwezen naar de huisarts.

Toepassing van advies- en behandelkaarten in de praktijk zou de werkbaarheid van gerichte procedurevoorstellen van de huisarts aan de specialist kunnen aantonen. (aut. ref.)

KLOP, R., WIJMEN, F.C.B. VAN

Voorwaarden voor overdracht van zorg.

Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 66, 1988, no. 11, middenkatern p. 30.

NIVEL

Toelichting op een deel van een onderzoeksproject dat betrekking heeft op de voorwaarden voor overdracht van zorg in het licht van rechten en plichten van patiënten, artsen en verpleegkundigen. Bestudeerd wordt de overdracht van zorg tussen artsen en verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis en in de thuissituatie. Voorschriften van de overheid en regels van beroepsorganisaties vormen hierbij het kader.

Het gaat om kwalitatief onderzoek waarbij onder meer gebruik gemaakt wordt van diepteinterviews; de interviews zijn geanalyseerd met behulp van kwantitatieve onderzoeksmethoden. Het resultaat, een schriftelijke enquête, wordt voorgelegd aan een deskundig panel. De begrippen

'informed referral' en 'informed discharge' nemen een centrale plaats in binnen het onderzoek.

KLOP, R., WIJMEN, F.C.B. VAN

Conditions for admission and discharge proces.

In: International Conference on community nursing: program and abstracts.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Utrecht: NIVEL, 1989.

NIVEL R 4061

Engelstalige versie van de direct hiervoor opgenomen publicatie.

KOLKMAN, H., JAGER, S. DE

Het basisziekenhuis: geknipt voor de eerste lijn? Een oriënterend onderzoek naar contacten tussen huisartsen en specialisten.

Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut NZI, 1984. 84.368, 15 lit. opgn., bijln.

NIVEL R ~~2088~~ 3273

In een oriënterend onderzoek zijn 20 huisartsen gevraagd naar hun contacten met specialisten van een basisziekenhuis ($\pm$ 180 bedden) respectievelijk centrumziekenhuis ($\pm$ 400 bedden).

Hierbij staat de vraag centraal of de contacten (*samenwerking*) van huisartsen met specialisten van een basisziekenhuis beter verlopen dan die met specialisten van het centrumziekenhuis.

De aanleiding van de studie ligt in de organisatorische en financieel economische problemen die kleine ziekenhuizen ondervinden. Naar de verwachting van de onderzoekers zouden deze ziekenhuizen door intensievere samenwerking met huisartsen hun positie kunnen verbeteren. Blijkens de gesprekken met huisartsen hebben basisziekenhuizen geen voorsprong op centrumziekenhuizen, voor wat betreft hun contacten met huisartsen. De contacten van huisartsen met specialisten van basisziekenhuizen zijn niet intensiever of persoonlijker dan die tussen huisartsen en specialisten van centrumziekenhuizen. Op grond van de resultaten kan men evenmin stellen dat huisartsen vaker contact hebben met de specialisten van het basisziekenhuis. Slechts een enkele keer meent een huisarts dat de specialisten van het basisziekenhuis meer '*naast de huisartsen*' staan.

Tevens blijkt, in tegenstelling overeenkomstig de verwachting, 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 huisartsen.

Bijeenkomsten tussen huisartsen en specialisten zijn van beperkte invloed op het verwijspatroon. Door de persoonlijke contacten verlopen meestal

de verwijzingen wèl soepeler. Het persoonlijke contact speelt dus een voorname rol in de verwijzingen. Dit contact vergemakkelijkt de huisarts de mogelijkheid *'iets te regelen'* (bijvoorbeeld spoedopnames).

Bovendien komt de huisarts op de hoogte van de werkwijze van de specialist.

Verwijzingen worden bepaald door een aantal factoren die per huisarts verschillen:

- de voorkeur van de patiënt;
- de afstand tot het ziekenhuis (reistijd per openbaar vervoer of auto);
- de omgang van de specialist met de patiënt;
- de medisch-technische kunde van de specialist;
- de specifieke belangstelling of vaardigheid van de specialist;
- de omgang van de specialist met de huisarts;
- de aanwezigheid van bepaalde specialismen of voorzieningen;
- de accuratesse van de specialist in overleg en informatie.

Het belang van deze factoren is onafhankelijk van het ziekenhuis waar de specialist werkt. Volgens huisartsen is de voorkeur van de patiënt vaak de doorslaggevende factor, tenzij deze voorkeur niet aansluit bij de voorzieningen van het ziekenhuis. Voor de sfeer is de ziekenhuisomvang wel van belang. Over het algemeen vinden de huisartsen en patiënten een basisziekenhuis gemoedelijker, gezelliger en overzichtelijker dan een centrumziekenhuis. Daar staat tegenover dat huisartsen het centrumziekenhuis prijzen om de medisch-technische voorzieningen.

Het rapport wordt besloten met conclusies, aanbevelingen en beschouwing. Ofschoon er naar aanleiding van dit onderzoek vragen zijn overgebleven, is de wenselijkheid van verder onderzoek naar de centrale vraagstelling afdoende weerlegd. Dat wil zeggen dat de vraag of basisziekenhuizen een voorsprong hebben op centrumziekenhuizen in hun contacten met huisartsen, in haar algemeenheid niet bevestigend kan worden beantwoord. (aut. ref.)

MEYBOOM, W.A., CASPARIE, A.F.

Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis: een toetsingsonderzoek. Samenwerking eerste- en tweedelijsgezondheidszorg.

Medisch Contact; 35, 1980, no. 33, p. 989-994. 4 lit. opgn.

NIVEL

Een belangrijk aspect van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijs gezondheidszorg is de berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. In het kader van een eigen toetsingsonderzoek verzocht de Medical Audit Commissie van het Zwolse ziekenhuis De Weezenlanden aan drie huisartsen uit de regio, criteria te formuleren waaraan het

ontslagbericht zou moeten voldoen; ook zouden zij moeten noteren hoe het in hun geval in werkelijkheid toeging. Gepeild werd in 1977 en, na wijziging van het '*voorbericht bij ontslag*'-formulier en ditmaal buiten voorkennis van de betrokken specialisten, in 1979. De auteurs die mede spreken namens de auditcommissie geven hun bevindingen weer. Duidelijk is dat de berichtgeving beter en sneller kan. Of het één verband houdt met het ander? Het kan ook zijn dat de attitude van de specialist ten aanzien van de berichtgeving aan de huisarts in het bijzonder de snelheid en de aard van de inhoud beïnvloedt. (aut. ref.)

MULLER, H.K., POP, P.

Communicatie tussen huisarts en specialist: meerdaagse bijeenkomst voor huisartsen en specialisten uit Maastricht.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 4, p. 109-112. 4 lit. opgn.

NIVEL

Verslag van een door het intercollegiaal overleg in 1985 georganiseerde bijeenkomst. Aan de orde komen de aanleiding voor de bijeenkomst, de opzet en uitvoering alsmede de conclusies en aanbevelingen die de bijeenkomst heeft opgeleverd. De aanleiding is de in het veld bestaande behoefte aan dergelijke bijeenkomsten. Het centrale thema was: '*Bevordering van de communicatie en verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten*'. De bijeenkomst bestond uit informele contacten en plenaire bijeenkomsten. In de voorbereidingsfase zijn een werkboek en een instructieboek (bedoeld voor de begeleiders) samengesteld.

De conclusies luiden:

- ter zake de onderlinge communicatie:
 - brieven van huisartsen worden alleen gelezen wanneer ze goed leesbaar zijn;
 - goede informatie in de verwijsbrief bepaalt mede de handelwijze van de specialist;
 - goede communicatie tussen huisarts en specialist kan nadelige gevolgen voor de belangen van de patiënt hebben!;
 - in niet-spoedeisende situaties wordt doorverwijzing binnen de tweede lijn door de huisarts als onterecht beschouwd;
 - het onderling uiten van kritiek is moeilijk maar wel noodzakelijk.
- ter zake de onderlinge samenwerking:
 - er bestaan problemen ten aanzien van de consultatie. Ad hoc-overleg is bekend, maar van een goed voorbereide gestructureerde consultatie door de huisarts is nauwelijks sprake;

- op het gebied van de EHBO-problematiek bestaan grote verschillen van inzicht, waarbij de trend gaat in de richting van het direct hulp zoeken bij een EHBO-afdeling van een ziekenhuis bij kleine traumata.
- terzake werkafspraken wordt een sterk onderscheid gemaakt tussen organisatorische en vakinhoudelijke afspraken, waarbij de afspraken aan moeten sluiten bij de dagelijkse praktijk. Inhoudelijk kunnen *protocolen* ontwikkeld worden terwijl op organisatorisch niveau verwachtingen geuit worden ten aanzien van *diagnostische centra*.

Aan het slot van de bijeenkomst vond een evaluatie plaats; er is een inventarisatie gemaakt van onbesproken gebleven onderwerpen.

POP, P., KEIJSERS, L.L.J.M.

Communicatie tussen huisarts en specialist.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 7, p. 203-206. 2 lit. opgn.

NIVEL

Aan de communicatie tussen huisarts en specialist wordt in Maastricht stelselmatig gewerkt. Werd tijdens een bijeenkomst in 1982 de algemene problematiek op dit vlak geïnventariseerd, in het afgelopen jaar kon men er zich buigen over specifieke problemen in de communicatie huisarts-specialist; sindsdien zijn ten aanzien van de laatstelijk besproken topics projecten van start gegaan. In dit artikel wordt de stand van zaken geschetst. (aut. ref.)

POP, P., KEIJSERS, L.L.J.M.

Communicatie tussen huisarts en specialist: meerdaagse bijeenkomst voor huisartsen en specialisten in Maastricht.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 26, p. 876-879. lit. opgn.

NIVEL

Voor de vierde maal in acht jaar zijn huisartsen en specialisten uit de regio Maastricht een paar dagen lang in conclaaf gegaan om te praten over de onderlinge communicatie. Dit maal wilden de huisartsen met specialisten tot afspraken komen met betrekking tot:

- informele consultatieve of informatieve contacten;
- wederzijdse telefonische bereikbaarheid;
- feedback over de kwaliteit van de poliklinische verwijzing;
- informatie over veranderingen in het beleid bij de behandeling van poliklinische patiënten;
- deelname aan multidisciplinaire besprekingen van in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

De groeps- en plenaire discussies gaven aan dat de specialisten nogal klagen ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid van huisartsen. Ten aanzien van consultaties worden een aantal conclusies getrokken. Op oncologisch gebied worden een aantal richtlijnen geformuleerd. Op basis van een en ander worden werkafspraken gemaakt op het gebied van de bereikbaarheid, de intercollegiale verwijzing, het bezoek van de huisarts aan het ziekenhuis, de oncologiebespreking en de wederzijdse berichtgeving. Het artikel wordt afgesloten met een aantal kanttekeningen van zowel huisartsen als specialisten.

RIJK, C. DE

Oncologische patiëntbespreking tussen eerste en tweede lijn: verslag van een experiment.

Rotterdam: RUHI/STOEL, 1988. lit. opgn, bijln.

NIVEL R 3829

Dit verslag beschrijft de toepassing van een methode van patiëntoverleg. Twee groepen, elk bestaande uit een aantal huisartsen en een internist-oncoloog, werden begeleid en gevolgd in hun onderling overleg rond kankerpatiënten. Voorts wordt in dit verslag een beeld geschetst van het belang van deze kleinschalige interventie voor de verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist bij kankerpatiënten. De aanleiding tot dit project ligt enerzijds in de positieve ervaringen die elders in een soortgelijke overlegsituatie zijn opgedaan, anderzijds is zij terug te voeren op de conclusie dat grootschalige interventies niet tot het gewenste resultaat hebben geleid.

De kans op het welslagen van een overleg wordt gemaximaliseerd als expliciet aandacht wordt besteed aan het formuleren van doelstellingen, methode van overleg en homogeniteit en grootte van de groep. Waar knelpunten in de relatie huisarts-specialist een motief vormen om te gaan samenwerken, is het beter eerste openingen op patiëntgebonden niveau te zoeken en structurele knelpunten te bewaren voor een later stadium in het overleg.

De inventarisatie van doelstellingen, in de vorm van een enquête, laat voornamelijk overeenkomsten tussen de beide groepen zien. De huisartsen van de beide groepen geven de hoogste prioriteit aan doelstellingen op het terrein van communicatie. Één van de oncologen geeft de hoogste prioriteit aan onderlinge kennismaking, één andere meldt alle doelstellingen even belangrijk te vinden. Relatief weinig gewicht geven de huisartsen van beide groepen aan kennis- en deskundigheidsbevordering.

In beide groepen hebben vier bijeenkomsten plaatsgehad. Deze hebben in het teken gestaan van kennismaking; met elkaar en met elkaars

werkwijze. De ingebrachte casuïstiek heeft niet uitsluitend geleid tot oplossingen op patiëntniveau. Veelal vormde zij aanleiding tot het uitwisselen van informatie en denkbeelden in het algemeen, bij de ene groep met name gericht op de vraag: '*wel of niet behandelen*', bij de andere geconcentreerd rond ervaren knelpunten met betrekking tot communicatie en beleidsafstemming.

Het merendeel van de deelnemers uit beide groepen heeft te kennen gegeven tevreden te zijn over de vorm van het overleg (methode van bespreking, verslaglegging, etc.) en de rol van de begeleider van de STOEL. Beide groepen willen dan ook doorgaan met het overleg, de één voorlopig in dezelfde vorm en met dezelfde frequentie en samenstelling, de andere groep met een lagere frequentie. Met betrekking tot de inhoud van het overleg bij voortzetting worden twee behoeften onderscheiden:

- patiëntgericht overleg met de oncoloog en het uitwisselen van ervaringen over kankerpatiënten;
- overleg rond structurele aspecten, eventueel uitmondend in richtlijnen voor communicatie en/of taakafbakening.

Deze behoeften liggen in elkaars verlengde.

De rol van de begeleider zou ook bij vervolg voornamelijk structurerend moeten zijn. Volgens de deelnemers is het van belang dat een niet direct betrokken persoon het overleg leidt en de grote lijn vasthoudt.

Patiëntoverleg is een zinvol middel ter verbetering van de samenwerking tussen huisarts en oncoloog bij kankerpatiënten. De reikwijdte van dit middel is in eerste instantie beperkt tot diegenen die direct bij het overleg betrokken zijn; de huisartsen en de oncoloog. Ook legt het middel beperkingen op aan de doelen die men zich stelt, in verhouding tot de beschikbare tijd. Veranderingen op structurele terreinen, zoals communicatie- en taakafbakeningsaspecten, zijn pas op langere termijn te verwachten, als een basis van vertrouwen is ontstaan. Hiervoor verdient het aanbeveling om naast patiëntoverleg aandacht te besteden aan het opzetten van een regionale werkgroep, die de ervaringen bundelt tot richtlijnen voor de samenwerking. De in het overleg gesignaleerde vragen, knelpunten en behoeften dienen hierbij als uitgangspunt. (aut. ref.)

SMIT, D.J. DE (samensteller)

Wegwijzer voor consultatiebijeenkomsten voor huisartsen en specialisten.

Amsterdam: VU Academisch Ziekenhuis, 1989. Project samenwerking 1e-2e lijn. bijln.

NIVEL R 4106

Brochure met suggesties voor het opzetten van consultatiebijeenkomsten van huisartsen en specialisten. De adviezen komen voort uit ervaringen

opgedaan in het project *Consultatie tussen huisarts en specialist bij kinderen met luchtwegproblemen*. In het consultatieproject (december 1985-1988) was het uitgangspunt dat door intensieve samenwerking tussen huisartsen en specialisten een verbetering te bereiken is van de kwaliteit van zorg voor kinderen met luchtwegproblemen. Er werd een model ontwikkeld; dit is in de praktijk getoetst en het effect van de consultatiebijeenkomsten is op een aantal aspecten onderzocht. Tevens is nagegaan voor welke problemen de consultatiebijeenkomsten het meest geïndiceerd waren. De doelstellingen: ondersteuning, taakverdeling en beleid worden uitgewerkt waarbij de verschillen met nascholing, protocolontwikkeling en toetsing worden aangegeven. Vervolgens wordt ingegaan op het verloop van de consultatie: de deelnemers, de duur en frequentie, de groepsgrootte en de coördinatie en verslaglegging. Ook de werkwijze tijdens de bijeenkomsten wordt beschreven. Er worden een aantal voorbeelden gegeven.

UIT

Uit onderzoek onder huisartsen blijkt: consultkaart: haalbare kaart.

Inzet; 12, 1988, no. 3, p. 10-11.

NIVEL

Al vele jaren wordt gepleit voor invoering van een consultkaart. Met die kaart zou de huisarts een patiënt naar de specialist kunnen verwijzen voor een advies. Vervolgens zou de patiënt dan weer bij de huisarts terugkomen, waarna -mede aan de hand van het advies van de specialist- wordt besloten hoe en door wie eventueel verder onderzoek en behandeling zal plaatsvinden. Op die manier zou de huisarts beter zijn spilfunctie in de gezondheidszorg kunnen vervullen. En de specialist zou niet langer te maken hebben met verwijzingen die niet nodig zijn als de huisarts zich beter een oordeel kan vormen. (aut. ref.)

VERHAGE-SPLIET, C.M.TH.

Berichtgeving Huisarts-Specialist: een onderzoek naar de berichtgeving tussen huisarts en specialist bij verwijzingen naar de polikliniek interne geneeskunde. Utrecht: Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, 1988, scriptie, 13 lit. opgn., bijln.

NIVEL R 4136

Het onderzoek naar de berichtgeving tussen huisarts en specialist beoogt een beeld te geven van de schriftelijke communicatie tussen beiden bij verwijzing naar poliklinieken van ziekenhuizen. Het betreft een verkennend onderzoek.

Met betrekking tot het verkeer tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg wordt veelal gepleit voor 'goede *berichtgeving*'. De huisarts zou op zijn minst kenbaar moeten maken wat er bij een patiënt die hij verwijst aan de hand is en wat hij van de specialist verwacht. De specialist zou, liefst kort nadat hij de patiënt gezien heeft, moeten melden wat hij gevonden heeft en hoe hij zich eventuele behandeling voorstelt.

Het verkeer tussen beide echelons en de samenwerking welke hiermee verband houdt, loopt echter niet soepel. In publicaties werd de laatste jaren uitgebreid aandacht besteed aan samenwerking en taakafbakening tussen huisarts en specialist.

Als onderdeel van deze samenwerking licht de auteur de berichtgeving eruit en bekijkt deze nader. Aan de hand van aanbevelingen uit de literatuur met betrekking tot de inhoud van de verwijsbrief en de inhoud van de specialistenbrief wordt een lijst van variabelen samengesteld waarmee beide brieven geanalyseerd kunnen worden. Met de uitkomsten van het analyse-onderzoek wordt vervolgens naar relaties tussen beide brieven gezocht.

De resultaten van het onderzoek worden waar mogelijk vergeleken met de resultaten van ander onderzoek. Uit het onderzoek komt naar voren dat de huisarts te weinig gegevens verstrekt en de specialist zeer uitvoerig is in zijn berichtgeving. (aut. ref.)

VERHAGE-SPLIET, C.M.TH., KERSTEN, T.J.J.M.T.

De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven.

Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 4, p. 148-151. 12 lit. opgn.

NIVEL

Voor dit onderzoek werden 200 specialistenbrieven en 200 bijbehorende verwijsbrieven geanalyseerd. De specialistenbrieven waren beter verzorgd dan de verwijsbrieven (vermelding persoonsgegevens, leesbaarheid, aard papier). Voor 15 procent van de verwijsbrieven was gebruik gemaakt van een voorgestructureerd formulier, terwijl dat bij de specialistenbrieven niet voorkwam. Een deel van de verwijsbrieven was buitengewoon kort, terwijl sommige specialistenbrieven juist bijzonder lang waren. Met uitzondering van de omschrijving van de klacht van de patiënt (inclusief medische voorgeschiedenis en/of familie-anamnese) waren meer medische gegevens vermeld in de specialistenbrieven dan in de verwijsbrieven. Als de huisarts een probleem- of vraagstelling vermeldde, nam de specialist die in alle gevallen over, waarbij bovendien de vraag van de huisarts werd beantwoord. (aut. ref.)

3.2 ELECTRONIC DATA INTERCHANGE (EDI)

ARNOU, P.G.

Communicatie eerste- en tweedelijsgezondheidszorg in de regio Midden-Brabant.

Tijdschrift voor Medische Informatie; 17, 1988, no. 2, p. 71-73. 6 lit. opgn.

NIVEL R 4666

Beschreven wordt een proefproject in de regio Midden-Brabant, waarbij een aantal huisartsen via een directe computerverbinding informatie uit het ziekenhuissysteem van de *Dienst Informatie Verwerking* in Tilburg kunnen raadplegen. Het project is een belangrijke stap in de ontwikkeling van een Regionaal Gezondheidszorg Informatie Systeem.

De keuze van de vorm van informatie-uitwisseling wordt nader toegelicht, evenals de voor- en nadelen van een directe koppeling ten opzichte van berichtgeving via elektronische post.

In de projectbeschrijving wordt ingegaan op de verbindingstechniek, de functies van de koppeling en de belangrijkste aandachtspunten.

Tenslotte wordt de samenwerking met andere projecten op het gebied van communicatie eerste-tweedelijs genoemd, die vooral bedoeld is om het nut en de toepasbaarheid van de verschillende vormen van informatie-uitwisseling te vergelijken. (aut. ref.)

BRANGER, P.J., DUISTERHOUT, J.S.

Het communicatie project Apeldoorn: elektronische gegevensuitwisseling tussen eerste- en tweedelijs gezondheidszorg.

In: Readings in Medical Informatics, Moon, G.J.E., s.l., MIC, 1989, p. 169-177. lit. opgn.

NIVEL

Door de introductie van informatiesystemen in de gezondheidszorg is de behoefte aan elektronische communicatie sterk toegenomen. Op diverse plaatsen in Nederland wordt geëxperimenteerd met deze vorm van gegevensoverdracht. De vakgroep Medische Informatica van de Erasmus Universiteit te Rotterdam is betrokken bij het COPA (Communicatie Project Apeldoorn). Het COPA is een experimenteel project met betrekking tot de elektronische datacommunicatie tussen de eerste- en tweedelijs gezondheidszorg. Dit project heeft als doel te onderzoeken welk effect de elektronische datacommunicatie heeft op de kwaliteit van de medische zorg en de kosten van de praktijkvoering. Tevens vindt er onderzoek plaats naar de invloed welke deze vorm van communicatie heeft op de dagelijkse gang van zaken in de praktijk. In het project participeren 29

huisartsen, twee ziekenhuizen en 14 apothekers. Opzet en uitvoering van het project worden beschreven. (aut. ref.)

BRANGER, P.J., DUISTERMHOUT, J.S.

Continuity in medical care using electronic data interchange.

Submitted for the Symposium on Computer Applications in Medical Care SCAMC 1990, 4-7 november.

NIVEL

De huisarts lijkt gezien zijn centrale positie binnen de Nederlandse gezondheidszorg de aangewezen keuze voor de coördinatie en registratie van de medische gegevens van hun patiënten. Het complexe karakter van deze taak doet daarbij een zwaar beroep op de informatieverwerkende capaciteit van de huisarts. Het gebruik van geautomatiseerde verwerking van medische anamnese neemt geleidelijk toe en brengt een volledig geïntegreerd systeem van elektronische gegevens uitwisseling (EDI) binnen handbereik. In de voordracht wordt de opzet van het Communicatie Project Apeldoorn (COPA) beschreven. Het doel van het project is: het onderzoeken van de bijdrage van EDI levert aan de kwaliteit, de doelmatigheid en de kostenbeheersing in de medische gezondheidszorg. Op dit moment worden regelmatig opname- en ontslagbrieven alsmede de resultaten van laboratoriumonderzoek naar de huisarts verzonden. EDIFACT is het standaardformaat dat bij het versturen van de berichten gebruikt wordt. (vert. aut. ref.)

BRANGER, P.J.

Het COPA-project te Apeldoorn.

Tijdschrift voor Medische Informatica; 18, 1989, no. 4, p. 153-155. 9 lit. opgn.

NIVEL

Tussen de diverse hulpverleners in de gezondheidszorg vindt uitwisseling van grote hoeveelheden informatie plaats. Elektronische data-communicatie is een middel om het proces van informatie-uitwisseling tussen geautomatiseerde zorgverleners te ondersteunen en staat als zodanig in de belangstelling.

In Apeldoorn is het afgelopen jaar een begin gemaakt met elektronische gegevensuitwisseling. Gebruik makend van het E-mail systeem MEMOCOM kunnen de achtentwintig in het COPA-project deelnemende en met het systeem ELIAS geautomatiseerde huisartsen met elkaar communiceren. De inhoud van de onderling uitgewisselde berichten is volledig vrij. Uit de praktijk blijkt dat het systeem veelvuldig wordt gebruikt voor de verzending van waarneemberichten. Van de Apeldoornse ziekenhuizen ontvangen de huisartsen laboratoriumuitslagen en opname/ontslagberichten. De

mogelijkheden tot uitbreiding van de communicatie wordt momenteel onderzocht. Richtlijn daarbij is niet wat technisch mogelijk is maar waar bij de diverse zorgverleners de prioriteiten liggen.

In het artikel worden een aantal richtlijnen gegeven waaraan de communicatie *huisarts-specialist inhoudelijk* moet voldoen om te komen tot een goede wederzijdse informatievoorziening. Er wordt ingegaan op de communicatie tussen huisarts en diagnostische faciliteiten, tussen huisarts en apotheker, tussen huisarts en verzekeraar en tenslotte tussen huisarts en patiënt.

In een volgende paragraaf worden de gegevens-deelgebieden, wie over welke informatie kan en mag beschikken, gedefinieerd. Dit wordt aan de hand van geconcretiseerde situaties geïllustreerd. Daarna komt aan de orde op welke wijze elektronische berichtenuitwisseling de huisarts kan ondersteunen bij zijn coördinerende taken binnen de gezondheidszorg.

DOLS, J.L.S., ROOS, W.F. DE

Electronische communicatie bij laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk. Tijdschrift voor medische informatica; 18, 1989, no. 4, 160-161.

NIVEL

De mogelijkheid onderzoekswerkzaamheden te verplaatsen van laboratorium naar de huisartspraktijk is onderwerp van een lopend onderzoek van het routinelaboratorium van het AMC. Een dergelijke decentralisatie van laboratoriumbepalingen is alleen mogelijk als de resultaten van door de huisarts of door zijn assistente uitgevoerde bepalingen betrouwbaar zijn. De ondersteuning van de uitvoering en de kwaliteitsbewaking van de bepalingen is van groot belang. Het is verder van belang dat de resultaten, die voorheen automatisch werden opgeslagen in het informatiesysteem van een laboratorium of een ziekenhuis, in een dergelijke *decentrale* situatie niet verloren gaan. Electronische communicatie is daarbij een zeer belangrijk hulpmiddel. Standaardisatie van deze elektronische gegevensuitwisseling maakt bovendien volledig automatische verwerking van gegevens mogelijk. (aut. ref.)

DUISTERHOUT, J.S., BRANGER, P.J.

Continuity in medical care using electronic data interchange.

Aangeboden voor het Symposium on Computer Applications in Medical Care, 4-7 november 1990. 4 lit. opgn.

NIVEL

De huisarts neemt een centrale positie in de Nederlandse gezondheidszorg en is daarom de aangewezen persoon voor de registratie en coördinatie

van de medische aangelegenheden van patiënten. Het complexe karakter van deze taak legt een zware claim op het vermogen van de huisarts informatie te verwerken. Het gebruik van geautomatiseerde bestanden met patiëntengegevens en -anamnesen neemt geleidelijk toe. Met andere woorden een volledig geïntegreerd systeem van elektronische gegevensuitwisseling (EDI) komt binnen bereik.

In deze voordracht wordt het opstarten van het COMMUNICATIE PROJECT APELDOORN beschreven. Het doel van dit project is de bijdrage van EDI aan de kwaliteit, de doelmatigheid en de kostenbeheersing van de gezondheidszorg te onderzoeken. Op dit moment worden regelmatig ontslagberichten en resultaten van laboratoriumonderzoek op elektronische weg naar de huisarts verstuurd. Er wordt gebruik gemaakt van het EDIFACT-standaardformaat voor deze berichten. (vert. aut. ref.)

HASMAN, A.

Interinstitutionele informatievoorziening in de gezondheidszorg.

Modern Medicine; 1988, januari, p. 33-39.

NIVEL R 4666

Communicatie is van essentiële betekenis in de gezondheidszorg. Een patiënt communiceert met een arts om zijn of haar klachten aan hem of haar duidelijk te maken. Een arts kan op zijn of haar beurt weer communiceren met collegae, laboratoria, ziekenhuizen enz. De medische kennis wordt vergroot door het publiceren van onderzoeksresultaten in wetenschappelijke tijdschriften. Zonder communicatie zonder informatieoverdracht is geen gezondheidszorg mogelijk. Bleef communicatie jarenlang beperkt tot een mondelinge of schriftelijke vorm, naarmate de instellingen groter werden, werd meer en meer de behoefte gevoeld de communicatiemogelijkheden te verbeteren. Het vigerende systeem kon de aanzwellende informatiestromen niet meer aan, zodat de juiste informatie over de juiste patiënt niet altijd meer op het juiste tijdstip op de juiste plaats de juiste persoon bereikte. Een deel van de fouten die bij het toedienen van geneesmiddelen werd gemaakt, bleek bij voorbeeld tot dit gebrek aan goede informatie-uitwisseling te herleiden te zijn. (aut. ref.)

HASMAN, A., BOON, P.J.S.

Inter-institutionele informatie-uitwisseling in de gezondheidszorg.

In: Medisch Informatica Congres 86: Noordwijkerhout, s.l.: NGI-SIC, 1986, p. 243-248.

NIVEL R 4666

Het doel van het project is te komen tot een *geïntegreerde informatie-uitwisseling* in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg voor de regio Zuid-Limburg met overdrachtsmogelijkheden binnen geheel Nederland.

De informatie-voorziening, die zich primair richt op de ondersteuning van de patiëntgerichte zorgverleningsprocessen, betreft de communicatie tussen de diverse instellingen c.q. zorgverleners.

Uit de voorstudie is naar voren gekomen, dat voorlopig het accent op een beperkt aantal (soorten) participanten: huisarts, apotheek, ziekenhuis (kliniek, specialisten, laboratoria) en een beperkt aantal informatiestromen moet worden gelegd. Opbouw van een meer geautomatiseerde en verbeterde informatie-uitwisseling kan het beste geschieden op basis van pilotprojecten, die aan elkaar worden gerelateerd en vanuit een paraplu project worden gecoördineerd. (aut. ref.)

HASMAN, A., ARNOU, P.G., KESTEREN, A.C.A. VAN, KLEINLOOG, D.
Het 3I-project.

Tijdschrift voor Medische Informatica; 18, 1989, no. 4, p.149-151.

NIVEL

Telecommunicatie begint ook in de gezondheidszorg belangstelling te krijgen. Dit houdt verband met het feit, dat binnen de instellingen en bij de individuele beroepsbeoefenaren steeds vaker informatiesystemen worden geïnstalleerd, waarin administratieve, medische en financiële gegevens worden opgeslagen. Aangezien deze instellingen en individuele beroepsbeoefenaren onderling veel berichten uitwisselen (volgens een schatting van de Commissie Structuurschets Informatievoorziening Extramurale Gezondheidszorg ongeveer een half miljard berichten per jaar) en deze berichten in een groot aantal gevallen worden gegenereerd met behulp van een informatiesysteem en ook weer gearcheveerd kunnen worden in het informatiesysteem van de ontvanger van het bericht, ontstaat de behoefte om deze berichtuitwisseling tussen de systemen volledig automatisch te laten verlopen. Er ontstaat een wens naar EDI: electronic data interchange. EDI dient te worden onderscheiden van electronic mail: in het eerste geval wordt het bericht zodanig aangeboden, dat het ontvangende systeem de gegevens uit het bericht zelfstandig kan archiveren; in het laatste geval wordt het bericht wel op het scherm getoond, maar kan de informatie van het bericht niet door het ontvangende informatiesysteem worden gearcheveerd. (aut. ref.)

VETH, A.F.L. (ED.)

Electronische communicatie in de gezondheidszorg: het recept voor nog betere zorg. Verslag COPA-Symposium, 24 april 1990 Apeldoorn.

S.l.: s.n., 1990.

NIVEL R 4677

Verslag van een symposium waarin de evaluatie van het COPA-project centraal staat. Het gaat om een project waarbij een belangrijk deel van de communicatie tussen huisarts en specialist via elektronische weg plaatsvindt. Aan de orde komen achtereenvolgens de relatie tussen de continuïteit van de zorg en elektronische communicatie; de plaats van elektronische communicatie binnen het beleid en overleg; een inhoudelijke evaluatie van het project zelf; de rol van de huisarts in het project als de coördinator van de zorg; de betekenis van de computer voor de internist en tenslotte een geschiedschrijving over het project.

4. SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST

BEUSMANS, G.H.M.I.

Huisarts en diagnostisch centrum: toepassing van werkafspraken door huisartsen.

Maastricht: G. Beusmans, 1986. dissertatie RUL, lit. opgn., bijln.

NIVEL B 1409

Het onderzoek is opgezet met het doel een bijdrage te leveren aan de versterking van de eerste lijn. In vele discussies betreffende het medisch handelen wordt het gebruik van werkafspraken in de geneeskunde bepleit. Het onderzoek heeft betrekking op de samenwerking van de huisarts met de specialist bij de totstandkoming en de toepassing door huisartsen van werkafspraken ten aanzien van het gebruik van diagnostische faciliteiten van een Diagnostisch Centrum. In de werkafspraken kan aan de samenwerking vorm en inhoud gegeven worden. Wil de huisarts binnen de eerste lijn zijn centrale plaats kunnen vervullen, dan zal hij intensief dienen samen te werken met specialisten van het tweede echelon.

Vanuit zowel de huisartsen als de specialisten is er de laatste jaren een toenemende roep om verbetering van de onderlinge samenwerking. Aan samenwerkingsdoelen tussen ziekenhuis en eerste lijn, evenals aan concrete samenwerkingsvormen tussen huisarts en specialist, kan op diverse wijzen vorm en inhoud gegeven worden. Naast positieve geluiden omtrent ervaringen in deze samenwerking, worden ook kritische opmerkingen gehoord.

Ter verbetering van de samenwerking huisarts-specialist, zijn dan ook experimenten met samenwerkingsvormen wenselijk. Van overheidswege werd gedacht aan experimenten met diagnostische centra. In het *Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht* is een aantal nieuwe samenwerkingsvormen tussen huisarts en specialist opgezet. Een van de doelstellingen van het EDCM is: een meer doeltreffend en doelmatig gebruik van diagnostische faciliteiten voor de huisarts in het ziekenhuis te bevorderen, met gezamenlijk door huisarts en specialist opgestelde werkafspraken.

Hierna wordt de opzet en de uitvoering van het explorerend onderzoek beschreven; vanuit een drietal invalshoeken zijn de factoren geïnventariseerd:

- het verwijzen van de huisarts naar de specialist;
- het voorschrijfgedrag van (huis)artsen;
- ervaringen van de huisartsen met de toepassing van werkafspraken vanuit het Diagnostisch Centrum.

De gebruikte meetinstrumenten worden aan de hand van de verzamelde data aan een uitgebreide analyse onderworpen.

Uit de analyse kwam naar voren dat artsen die zich hielden aan de werkafspraken de organisatie van het Diagnostisch Centrum positief waardeerden, veelal werkten met een vast tijdstip voor het maken van afspraken, feedback positief waardeerden.

Op grond van de resultaten worden de volgende uitspraken gedaan:

- Toepassing van werkafspraken voor diagnostische onderzoeken leidt tot een meer doeltreffend en doelmatig gebruik van diagnostische voorzieningen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de toepassing van de werkafspraken door de huisarts gepaard gaat met een laag en meer doeltreffend verwijzingspatroon van de huisarts. De hantering van de werkafspraken versterkt op deze wijze adequaat het huisartsgeneeskundig handelen.;
- Een instituut, dat de toepassing van werkafspraken wil implementeren zal de grootste aandacht dienen te schenken aan een aan de doelgroep conveniërende organisatorische opzet. Vanaf de startfase van een dergelijk instituut dienen de huisartsen zelf ten nauwste betrokken te worden bij het bepalen van organisatorische zaken, als vorm van aanvraagformulieren, wijze van gegevensverzameling, vorm van informatieverstrekking enz.;
- Het is wenselijk bij de samenstelling van de toe te passen werkafspraken te streven naar een zo groot mogelijke accordatie door de huisartsen van de werkafspraken zowel inhoudelijk als vakmatig.;
- Gezien het feit, dat bij de toepassing van de werkafspraken, individuele feedback wordt gemist, is het wenselijk hieraan aandacht te besteden bij de effectuering van de werkafspraken.;
- In werkafspraken wordt aan de samenwerking tussen huisarts en specialist vorm en inhoud gegeven. Een samenwerking welke de mogelijkheid biedt tot een op elkaar aansluitende zorg van huisarts en specialist.;
- Voor het realiseren van de hiervoor gegeven aanbevelingen is een centrale coördinatie vanuit een instituut onontbeerlijk; een instituut als beleidsvoorbereidend en -uitvoerend orgaan.;
- De oprichting van diagnostische centra dient daadwerkelijk gestimuleerd te worden. Dit is een zaak van huisartsen en specialisten, van ziekenhuizen en van de overheid. (aut. ref.)

BUWALDA, J., HAVE, J. TEN

Huisarts en specialist: een overlegmodel. Huisarts en samenwerking deel 1. Praktijkmanagement voor de Huisarts; 1988, no. 1, p. 22-24.

NIVEL

In het belang van de patiëntenzorg is het nodig en vaak ook vanzelfsprekend dat de huisarts contact heeft met andere hulpverleners. Dat die samenwerking vaak te wensen overlaat, daarover zijn alle betrokkenen het wel eens. In dit artikel wordt de samenwerking tussen huisarts en specialist onder de loep genomen. De knelpunten worden geïnventariseerd, waarbij aan de hand van het project SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST wordt aangegeven hoe vorm gegeven kan worden aan het overleg om te komen tot werkafspraken over taakafbakening, -afstemming en communicatie.

CASPARIE, A.F.

Gestructureerde samenwerking. Gezamenlijke protocollen en één toetsingsmethodiek voor huisartsen en specialisten: hoe is het mogelijk? Medisch Contact; 40, 1985, no. 4, p. 97-100. 22 lit. opgn.

NIVEL

Nu de versterking van de eerste lijn het als slogan minder lijkt te maken acht de auteur de tijd gekomen nader in te gaan op wat ervoor in de plaats is gekomen: het streven naar betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Een belangrijk argument vóór dat streven vindt hij de schaalvergroting die zowel binnen het ziekenhuis als tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is gaan optreden. Tegenover de nadelen die samenwerking met zich meebrengt staat wat de medici betreft zijns inziens het voordeel van een grotere werkbevediging; bij een betere werkverdeling hoeven huisarts noch specialist nog langer gefrustreerd te zijn wanneer een patiënt ten onrechte voor behandeling of controle in de tweede of de eerste lijn terecht komt. Iets om klein mee te beginnen: regelmatig plaatselijk overleg tussen één specialist en enkele huisartsen, waarbij over en weer werkafspraken kunnen worden gemaakt. Intussen zullen op landelijk niveau protocollen moeten worden samengesteld over aandoeeningen op elkaar overlappende werkterreinen en zullen de methodieken die bij toetsing van de verleende zorg worden gebruikt op elkaar moeten worden afgestemd. (aut. ref.)

CUISINIER, M.C.J., VENROOIJ, M.H. VAN, EIJK, J.TH.M. VAN

Terminale zorg. Huisarts en kankerpatiënt. 4. De samenwerking met professionele, vrijwillige en alternatieve hulpverleners. Medisch Contact; 43, 1988, no. 39, p. 1168-1170.

NIVEL

In dit artikel wordt besproken hoe de rol van de huisarts in samenwerking wordt gezien. Ingegaan wordt op de relatie met drie categorieën van betrokkenen bij de hulp aan de patiënt: andere professionele hulpverleners (namelijk specialisten en wijkverpleegkundigen), vrijwilligers en alternatieve hulpverleners. (aut. ref.)

CUISINIER, M.C.J., DOKTER, H.J., WOUDEN, J.C. VAN DER

De huisarts-specilistrelatie bij kankerpatiënten: inzichten.

De Practitioner; 3, 1986, no. 6, p. 609-617. 42 lit. opgn.

NIVEL

Literatuuronderzoek en resultaten van eigen waarnemingen op grond van enquêtes bij huisartsen en specialisten hebben geleid tot het aantonen van plaatsen, waar knelpunten in de samenwerking liggen, maar vanwaar ook verbeteringen in het onderling overleg aangevoerd worden. Juist waar de werkwijzen van huisarts en specialist uit elkaar groeien, blijft het voor beide categorieën hulpverleners van essentieel belang zicht op elkaars werk te houden. (aut. ref.)

DUURSMA, S.A.

Huisarts en specialist: een model voor samenwerking.

Medisch Contact; 36, 1981, no. 7, p. 183-185.

NIVEL

Het beschreven model voor samenwerking tussen huisarts en specialist is gebaseerd op de vorming van verzorgingseenheden binnen polikliniek en kliniek, in combinatie met een spreekuur van de huisarts als medebehandelend arts in de kliniek. De auteur baseert het model deels op eigen ervaringen als chef de clinique, later de chef policlinique van de afdeling Algemene Inwendige Geneeskunde van het academisch ziekenhuis Utrecht. Er wordt ingegaan op de gevolgen voor de werkwijzen van huisarts en specialist, waarna het model verder uitgewerkt wordt. (aut. ref.)

ELIAS, J., SPRANGENBERG, F.

Ziekenhuisspecialist en huisarts: een aanpak ter versterking van de onderlinge relatie.

Medisch Contact; 37, 1982, no. 47, p. 1512-1514.

NIVEL

Allerwegen wordt de vraag gesteld hoe de band tussen de specialist in het ziekenhuis en de huisarts nader kan worden aangehaald. In dit artikel zijn enige praktische adviezen samengebracht zoals: het bespreekbaar

maken van elkaars werkwijzen; het oplossen c.q. het verminderen van ongewenste effecten van knelpunten; het tot stand brengen van nieuwe organisatievormen en afspraken en procedures. Één en ander wordt nader uitgewerkt.

EMMERIK, IJ.H. VAN, JONG, D. DE

Opereren in overleg: samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuis met betrekking tot de dagchirurgische behandeling.

Amsterdam: Project samenwerking 1e-2e lijn, VU-ziekenhuis, 1989. Deel I Samenvatting deelproject dagchirurgie, Deel II Eindverslag. lit. opgn, bijln.

NIVEL R 4269(1/2)

In het kader van het project '*Samenwerking 1e-2e lijn*' van het VU ziekenhuis is een deelproject '*dagchirurgie bij volwassenen*' opgezet. De algemene doelstelling van het project '*Samenwerking 1e-2e lijn*' is: bevorderen dat de patiënt hulp wordt geboden in dat echelon dat het beste aansluit bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt. Binnen het deelproject dagchirurgie betekende dat een verschuiving van de zorg en de behandeling van de patiënt van de tweede lijn naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Hiertoe is een samenwerkingsproject ontwikkeld.

Aan het deelproject was een onderzoek verbonden bestaande uit een beschrijvend en een vergelijkend deel. Het beschrijvend deel geeft een verslag van 299 patiënten die op het VU ziekenhuis in de dagchirurgie behandeld zijn en waarbij de huisarts de nabehandeling verzorgde. Het vergelijkend onderzoek betreft een steekproef van 100 dagchirurgiepatiënten van het VU ziekenhuis en 100 patiënten uit een ander ziekenhuis die geopereerd zijn in dagchirurgie zonder expliciete afspraken met de eerste lijn.

De hoofdvraagstellingen van het evaluatie-onderzoek luiden:

- in hoeverre draagt de deelname van de eerste lijn bij aan een verbetering van de behandeling van de dagchirurgische patiënt?
- onder welke voorwaarden kan de post-operatieve zorg voor in dagchirurgie geopereerde patiënten worden verschoven van de tweede naar de eerste lijn?

De werkgroep dagchirurgie van het project '*Samenwerking 1e-2e lijn*' van het VU ziekenhuis ontwikkelde een protocol '*opereren in overleg*' waarvan de kern bestond uit een expliciete samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Voor '*opereren in overleg*' werd een speciaal spreekuur dagchirurgie ingesteld om een goed overleg tussen, huisarts, chirurg en anesthesioloog mogelijk te maken. Daartoe werd iedere huisarts telefonisch benaderd om

gezamenlijk te besluiten of een patiënt volgens het protocol 'opereren in overleg' behandeld kon worden.

In de onderzoeksperiode bezochten 332 patiënten het spreekuur dagchirurgie: 299 van hen zijn behandeld volgens het protocol. Er waren een aantal operatie-indicaties geselecteerd: liesbreukoperaties, verwijderingen osteosynthesemateriaal en excisie benigne afwijkingen.

Uit vergelijkend onderzoek bleek dat patiënten die niet volgens het protocol behandeld waren in gelijke mate tevreden waren met de behandeling, waarbij men in de toekomst de voorkeur aan een zelfde behandeling zou geven.

De huisarts bleek in de onderzoeksperiode gemiddeld 2,2 visites, 0,3 spreekuur-consulten en 0,3 telefonische consulten per patiënt te maken. De conclusie van het onderzoek luidt dat het goed mogelijk blijkt de post-operatieve zorg voor dagchirurgie patiënten door de eerste lijn te laten verrichten. Door de geprotocolleerde samenwerking wordt met name ook de aansprakelijkheid voor de post-operatieve fase beter geregeld. Een belangrijk bijkomend voordeel van de geschetste samenwerking is dat deze wellicht mogelijk maakt te zijner tijd grotere ingrepen in dagbehandeling te verrichten. De post-operatieve zorg blijkt een taakverzwaring op te leveren voor de huisarts. De huisarts lijkt bereid en in staat om deze taak op zich te nemen, maar verwacht daar wel een financiële vergoeding voor. Voor de chirurg betekent werken volgens een geprotocolleerde samenwerking enerzijds een taakverzwaring ten gevolge van het geïntensiveerde overleg, anderzijds een taakverlichting doordat hij de post-operatieve zorg kan overdragen. (aut. ref.)

GILL, K.

Samenwerking huisarts-internist: indrukken van het 29e Wetenschappelijke Congres van het NHG.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 1, p. 25-26.

NIVEL

Zéér globaal verslag van het 29e Wetenschappelijk Congres van het Genootschap; de onderwerpen waren zo divers en talrijk dat het niet mogelijk is de bevindingen in een kort verslag samen te vatten. Want naast de vijftien sprekers voor het plenaire programma, die zich bezig hielden met het congresonderwerp "*Samenwerking huisarts-internist*", waren er nog tien vrije voordrachten en dertien workshops. Ongeveer 8 procent van alle huisartsen in ons land en 6 procent van alle internisten namen deel aan het 29e Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap. De samenwerking tussen huisarts en internist

werd in alle lezingen en voordrachten, zij het vanuit verschillende optieken, belicht. (aut. ref.)

GREVE, W.B. DE (RED.), DOPHEIDE, J.P., SWINKELS, M.A.A., HAAFTEN, K.L. VAN, SCHURINGA-BOER, W.J., PETERS, J.H., SPRANGENBERG, F., VRAKKING, W.J.

Samenwerking ziekenhuis en eerste lijn.

In: Leiding en organisatie in de gezondheidszorg: een reeks kwartaalschriften van Stafleu, Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1983, no. 1.

NIVEL B 922 I

Samenwerking tussen huisarts en specialist is niet alleen afhankelijk van financiële prikkels. De wilsovereenstemming tussen huisarts en specialist vormt voor de samenwerking ziekenhuis-eerste lijn een uiterst vitaal punt. De rol van derden hierbij, is het scheppen van voorwaarden om huisarts en specialist tot zinnige afspraken te laten komen; sanctie-mogelijkheden zijn niet voor handen. Vanuit dit gegeven is het belangrijk, de factoren die de samenwerking bevorderen of belemmeren aan een nadere analyse te onderwerpen; dan wordt het mogelijk een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen. In het onderzoek zijn vijf samenwerkingssituaties onderzocht. Niet de onderwerpen en de resultaten hebben in dit onderzoek centraal gestaan, maar juist de realisatie technieken die al dan niet werden gehanteerd. Verklaringen hiervoor zijn met name gezocht in afhankelijkheidsrelaties tussen ziekenhuis, huisarts en specialist.

Vervolgens wordt ingegaan op de vraag naar de gronddoorzaken van samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Er worden vier fenomenen ter verklaring voor samenwerking aangevoerd: het ruilfenomeen (artsen werken samen omdat machtsafhankelijkheid hen daartoe dwingt), het normen- en waardenfenomeen (artsen werken samen op basis van gelijke hantering van normen en waarden) en het individuele motivatiefenomeen (artsen intieren samenwerking uit persoonlijke gedrevenheid).

In een volgend hoofdstuk wordt een typologie van samenwerkingsactiviteiten gegeven. Duidelijk wordt gemaakt hoe zeer de activiteiten die men in de praktijk met samenwerking aanduidt, verschillen. De vijf beschreven activiteiten-soorten zijn genoemd: basisfilosofieën maken; onderzoek doen; communicatie verbeteren; ad hoc problemen oplossen en klachten inventariseren. Samenwerkingseffectiviteit lijkt met geheel verschillende activiteiten-soorten bereikt te worden. In deze is er derhalve veel vrijheid. Wel hebben de verschillende activiteiten elk zo hun voordelen, nadelen en consequenties.

Hierna wordt de relatie huisarts-ziekenhuisarts behandeld. De relatie tussen de extramurale generalist en de intramurale specialist is uiterst

vitaal. Zonder de wil tot verwijzing naar de (poli)klinieken en naar het extramurale circuit, iets waar nog steeds bij uitsluiting artsen aan te pas komen, heeft samenwerking ziekenhuis-eerste lijn niet veel om het lijf. Teneinde huisartsen en specialisten te bewegen hun samenwerkingssituatie te verbeteren, heeft de auteur van dit hoofdstuk een model voor actie-onderzoek ontworpen. In dit model wordt getracht om door middel van kleinschalig onderzoek, dat op de eigen specifieke situatie is gericht, betrokkenen tot nieuwe activiteiten te verleiden, die dan weer object voor vervolgonderzoek kunnen zijn, waaruit weer nieuwe activiteiten voortvloeien, enzovoort.

In het zesde hoofdstuk, *Samenwerken volgens het consultatiemodel*, wordt een samenwerkingsvorm beschreven waarbij de patiënt zo lang mogelijk onder behandeling van de huisarts blijft. Huisarts en specialist verbinden zich om zo gericht mogelijke vraagstellingen te formuleren, respectievelijk hanteerbare antwoorden te produceren. Het model is beproefd in Hoogeveen, alwaar de nodige onderzoeken hebben plaatsgehad.

In een volgend hoofdstuk *De betekenis van een Diagnostisch Centrum in de samenwerking*, wordt verslag gedaan van ervaringen in Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht. Kenmerkend voor de samenwerkingsrelaties van dit ziekenhuis met de eerste lijn is het bestaan van het diagnostisch centrum. Dat is een institutionele vorm waarin een samenwerking gestalte kan krijgen, waarbij de toegang van de huisarts tot diagnostische voorzieningen van het ziekenhuis is geregeld. Met dit onderwerp zijn in Utrecht reeds tal van ervaringen opgedaan die in dit hoofdstuk aan een kritische analyse worden onderworpen.

Vervolgens wordt de betekenis van onderzoek voor de samenwerking belicht. Er wordt ingegaan op de verschillende soorten van extern onderzoek:

- Wat wil men onderzoeken?;
- Wat voor soort uitspraken wil men kunnen doen?

Daarnaast wordt de relatie van de opdrachtgever met de onderzoeks-activiteit aan de orde gesteld. Aan lezer-opdrachtgever geeft het hoofdstuk enkele belangrijke keuzen ter overdenking mee.

Het boek besluit met *De rol van de overheid*. De vraag komt aan de orde of de overheid wel in staat is de samenwerking ziekenhuis-eerste lijn te bevorderen en, zo ja, welke instrumenten daarvoor dan beschikbaar zijn. Met een nieuw ontwerp voor een beïnvloedingsstructuur wordt dit hoofdstuk afgesloten. (aut. ref.)

GREVE, W.B. DE, VRAKKING, W.J.

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn: enkele verklaringen.

Medisch Contact; 37, 1982, no. 28, p. 823-824. 4 lit. opgn.

NIVEL

Samenwerking ziekenhuis-eerste lijn: waar en waarom? Rond deze vragen is door het Instituut voor Sociale Geneeskunde RU-Leiden een onderzoek ingesteld. Het bleek, dat men zich al samenwerkend klaarblijkelijk op heel uiteenlopende manieren met elkaar bezighoudt. In dit artikel staat het verklaren van de samenwerking zelf centraal. (aut. ref.)

GREVE, W.B. DE

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn: activiteitensoorten.

Medisch Contact; 37, 1982, no. 29, p. 868-870.

NIVEL

Artikel waarin ingegaan wordt op de soorten samenwerkingsactiviteiten die in de praktijk zoal waargenomen kunnen worden. Één ding is zeker: de specifieke situatie is bepalend voor de keuze van de soort activiteit. (aut. ref.)

HAVE, J.J.I.M. TEN, BUWALDA, J.D.

Samenwerking huisarts-specialist: starten van samenwerking.

Utrecht: Stichting O&O, 1989. bijln.

NIVEL R 4649

Sinds mei 1986 bestaat het project *Samenwerking Huisarts-Specialist*. Dit project richt zich met name op het ontwikkelen van samenwerking met als doel het realiseren van werkafspraken tussen huisartsen en specialisten. Deze werkafspraken dienen bij te dragen aan een vergroting van de continuïteit van zorg.

Vanuit het project zijn diverse samenwerkingsinitiatieven ondersteund en begeleid. De ervaringen met het initiëren en opzetten van samenwerking wijzen uit dat dit een lange weg is en dat aan tal van voorwaarden moet worden voldaan wil het initiatief kans van slagen hebben.

Deze brochure is bedoeld als steun voor huisartsen en specialisten die het plan hebben samenwerking te starten en vragen hebben over de manier waarop dat aangepakt kan worden. Aan de orde komen:

- initiatieven tot samenwerking;
- de voorbereiding en organisatie;
- het feitelijk overleg.

In de bijlagen worden een aantal praktijkvoorbeelden en checklists gepresenteerd. (aut. ref.)

HAVE, J.J.I.M. TEN, KOLKER, L., BUWALDA, J.D., GIJZEMAN, J.

Casusboek Maken van werkafspraken: samenwerking huisarts-specialist.

Utrecht: Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg, 1990, 9 lit. opgn.

NIVEL

Werkboek dat bedoeld is als een handleiding voor kleinschalige overleggroepen van huisartsen en specialisten die hun samenwerking willen verbeteren door het maken van werkafspraken. Deze werkafspraken dienen bij te dragen aan een vergroting van de continuïteit van de behandeling. Als kenmerken van continuïteit zijn gehanteerd:

- geen onnodige doublures of overlap in de behandeling;
- geen ontbrekende behandelactiviteiten;
- geen onnodige behandelactiviteiten;
- geen strijdige behandelactiviteiten;
- geen tijdverlies tussen behandelactiviteiten.

Het werkboek valt uiteen in twee delen. Deel 1 bevat een beschrijving van een methode in zes stappen voor het maken van werkafspraken. Deel 2 bestaat uit clusters met praktijkvoorbeelden.

HECKMAN, J.

Samenwerking met de eerstelijns: specialist en ziekenhuis.

Medisch Contact; 39, 1984, no. 22, p. 699-700.

NIVEL

Hoe kan de specialist in het ziekenhuis eraan meewerken de eerstelijns te versterken en de kwaliteit van de zorg te behouden? Meewerken veronderstelt samenwerken. Twee wegen staan de specialist daarvoor open:

- het verbeteren van de communicatie met de huisarts (op aangeven van de laatste);
- het samen protocollen maken

HUISARTS-THUISARTS: THEMANUMMER.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 4, p. 111-132.

NIVEL

Verzameling artikelen over de gevolgen van het substitutiebeleid voor de gezondheidszorg en de plaats van de huisarts in het bijzonder. Er wordt ingegaan op de gevolgen van een verschuiving van intramurale zorg naar thuiszorg, op de financiële consequenties, op het klimaat in het veld, op de gevolgen van een substitutiebeleid voor de huisartspraktijk en op de gevolgen voor de opleiding tot huisarts. Daarnaast wordt aandacht besteed

aan de positie van de KNMG en aan de noodzaak tot samenwerking en teamwork. In een laatste artikel wordt ingegaan op de relatie tussen zorgverzekeraars en thuiszorg.

JACOBS, H.M., MELKER, R.A. DE

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in relatie tot kwaliteit van de hulpverlening.

Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht, 1983, UHIIInform nr. 5.

NIVEL R 1744

Literatuuronderzoek naar het verwijzen door de huisarts. Met een verwijzing initieert de huisarts een keten van gebeurtenissen, met soms verstreckende consequenties, bijvoorbeeld ziekenhuisopname, langdurige specialistische controle. Het gebruik van de specialistische voorzieningen wordt in grote mate door de verwijzing bepaald. Naar het proces van verwijzen en de samenwerking huisarts-specialist bij verwezen patiënten is weinig onderzoek verricht. Er bestaat een sterke discrepantie tussen het aantal publicaties over dit onderwerp en het aantal wetenschappelijk vastgestelde gegevens. Het onderzoek dat tot nu toe is uitgevoerd is voornamelijk op de structurele aspecten van het verwijzen gericht. Hier wordt nader op ingegaan.

Hoewel enkele factoren bekend zijn, die met het verwijzen samenhangen, bestaat zeer weinig inzicht in het verwijsgedrag zelf. Dit geldt m.n. voor het niveau waarop beslissingen tot stand komen en het niveau waarop de huisarts en specialist werken. Vervolgens wordt vanuit dit niveau het kader geschetst waarbinnen het verwijzen zich afspeelt. Dit wordt gevolgd door een globale uitwerking van een aantal theoretische ideeën met betrekking tot samenwerking tussen huisarts en specialist. Tenslotte wordt ingegaan op de eventuele betekenis die samenwerken tussen huisarts en specialist kan hebben op de kwaliteit van de hulpverlening aan verwezen patiënten. (bewerkt aut. ref.)

JACOBS, H.M., MELKER, R.A. DE, TOUW-OTTEN, F.W.M.M.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (1).

Medisch Contact; 38, 1983, nr. 51, p. 1599-1601.

NIVEL

Tussen huisartsen bestaan grote verschillen in verwijsgedrag, niet alleen onder invloed van structurele factoren maar ook wegens verschillen in opvatting tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en specialisten.

Op dit laatste aspecten spitst het hier beschreven onderzoek dat door het Utrechts Universitair Huisartsen is uitgevoerd, zich toe. In dit eerste artikel gaat de aandacht uit naar de achtergronden van het onderzoek en de gebruikte begrippen.

JACOBS, H.M., MELKER, R.A. DE, TOUW-OTTEN, F.W.M.M.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (slot).

Medisch Contact; 38, 1983, nr. 52, p. 1629-1632. 34 lit. opgn.

NIVEL

Vervolgverslag van een onderzoek naar de relatie tussen de samenwerking huisarts-specialist en de kwaliteit van de hulpverlening. Tussen huisartsen onderling bestaan grote verschillen in verwijsgedrag, onder invloed van structurele factoren maar ook door verschillen in opvatting tussen huisartsen en tussen huisartsen en specialisten. Op beide laatste punten spitst het onderzoek zich toe. Hier worden de voorlopige uitkomsten gepresenteerd van het onderzoek naar de invloed van verschillen in samenwerking tussen huisarts en specialist op de hulpverlening bij patiënten met vage complexe problematiek. Aan de hand van de verzamelde gegevens is het nog niet mogelijk uitspraken over de relatie samenwerkingsvorm-kwaliteit van de hulpverlening te doen; wel lijken patiënten schade te kunnen ondervinden van een te kort schietende samenwerking tussen huisarts en internist. De oorzaken voor gebrekkige samenwerking vinden hun oorsprong in verschillen in taakopvatting tussen huisarts en internist. In het lopende vervolg onderzoek wordt aandacht besteed aan:

- het niet erkennen van elkaars beroepsspecifieke deskundigheid;
- verschillen tussen consultatieve en/of verwijzingen met gezamenlijke behandeling en verwijzingen met overname van de behandeling;
- regelmatig overleg met betrekking tot elkaars beroepsmatig handelen.

Tot besluit wijzen de onderzoekers op een aantal praktische zaken zoals het doorspreken van het verwijzingsmotief met de patiënt, het bespreken door de huisarts met de patiënt van de diagnostische resultaten gevonden door de specialist, het in samenwerking met de patiënt opstellen van de verwijsbrief, alsmede het registreren en archiveren van verwijsbrieven, die bij kunnen dragen aan een betere samenwerkingsrelatie tussen huisarts en specialist.

JONGERIUS, J.A.C.

Samenwerking tussen huisarts en specialist: fictie of utopie?

Medisch Contact; 40, 1985, no. 16, p. 491-493. 9 lit. opgn.

NIVEL

De samenwerking tussen huisarts en specialist is nog steeds problematisch; in feite behoort de relatie tussen beide complementair te zijn waar zij in de praktijk veelal concurrerend is. De auteur voert de verschillen in inzicht tussen huisarts en specialist terug tot verschillen in de opleiding en in het aangeboden morbiditeitspatroon. De mondiger wordende patiënt gaat een steeds grotere invloed uitoefenen op de relatie tussen huisarts en specialist.

Een goede communicatie is een voorwaarde voor een goede samenwerking; dit komt tot uiting bij verwijzen, terugverwijzen en terugrapportage en bij consultaties.

Knelpunten in de samenwerking zijn:

- onvoldoende wederzijdse kennis van elkaars functioneren;
- onzekerheid bij de huisarts in voorkomende gevallen omtrent het specialisme waarnaar verwezen moet worden;
- de bezorgdheid van de huisarts voor het ontstaan van somatische fixatie bij de patiënt;
- persoonsgebonden eigenschappen;
- financiële aspecten en honoreringsstructuur.

De auteur ziet het *ellipsmodel* als een haalbare optie om de samenwerking tussen huisarts en specialist te verbeteren.

KOLKMAN, H., VOORT, C. VAN DE

Samenwerking huisartsen-specialisten: onderzoek in de proefregio.

S.l.: s.n., 1983. bijln.

NIVEL R 1859

Onderzoek naar de relatie tussen huisarts en *klein* ziekenhuis. De veronderstelling is dat de kwantiteit en de kwaliteit van de contacten tussen huisarts en ziekenhuis beter zijn naarmate het ziekenhuis kleiner is, waarbij de huisarts zijn keuze voor een bepaald ziekenhuis baseert op zijn persoonlijke omgang met de specialist. De resultaten geven aan dat de samenwerking tussen huisarts en specialist in het algemeen goed verloopt, de bijeenkomsten tussen huisartsen en specialisten als waardevol worden ervaren met dien verstande dat de inhoud van patiëntenbesprekingen meer afgestemd moet worden op de huisartsenproblematiek en dat gemaakte afspraken nageleefd dienen te worden. De stimulerende rol van de medisch directeur wordt gewaardeerd, de kritiek van huisartsen op specialisten richt zich op de omgang van sommige specialisten met patiënten. Onderlinge kritiek tussen huisartsen en specialisten is vaak moeilijk bespreekbaar.

KOLKMAN, H.

Gelijk oversteken...?: literatuuronderzoek naar samenwerkingsvormen tussen huisartsen en specialisten.

Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984. doktoraalscriptie, lit. opgn., bijln.

NIVEL R 2201

In de scriptie wordt een analysemodel voor samenwerkingsvormen van huisartsen en specialisten gepresenteerd. De gezichtspunten uit de ruiltheorie en de theorie over onderlinge afhankelijkheid bieden bruikbare aanknopingspunten voor bestudering van vraagstukken op het gebied van samenwerking.

Door de indeling in afhankelijkheid is zichtbaar geworden dat de samenwerkingsvormen niet op vergelijkbaar niveau staan; er zijn verschillen in werkprocessen, regelingen en handelen van de actoren. De gezichtspunten uit de ruiltheorie verschaffen inzicht in de latente en manifeste motivatie van huisartsen en specialisten om samen te werken en in de middelen die hen hierbij ten dienste staan.

Er zijn tijdens het onderzoek problemen ontstaan met betrekking tot de ruiltheoretische gezichtspunten:

- de ruilelementen zijn weinig duidelijk aangegeven, de kosten en baten zijn moeilijk te specificeren;
- de elementen zijn wel theoretisch te onderscheiden, maar moeilijk van elkaar te scheiden;
- er is weinig bruikbaar empirisch materiaal voorhanden;
- de samenwerkingsvormen worden op beperkte schaal beschreven.

Toch wordt geconcludeerd dat de ruiltheoretische benadering aangrijpingspunten biedt voor de verklaring van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

Als relevante ruilobjecten zijn naar voren gekomen, vergroting van kennis als motief voor de huisarts en goede naam en goede relaties met de huisarts als motief voor de specialist.

Daarna worden de verschillende samenwerkingsvormen beschreven en geanalyseerd, zoals bijscholing, consultatie, niet-medische teambespreking en medische teambespreking. De samenwerkingsvormen blijken met uitzondering van consultatie nauwelijks van invloed op de onderlinge taakafbakening. De invloed van consultatie op de taakafbakening wordt nader uitgewerkt.

KOLKMAN, H., VISSERS, J.

De lijnen buitenspel: structurering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Medisch Contact; 41, 1986, nr. 1, p. 11-16. 18 lit. opgn.

NIVEL

Echelonnering en regionalisatie hebben als beleidsinstrument redelijk veel belangstelling gekregen, sinds ze in de STRUCTUURNOTA (1974) als zodanig werden geïntroduceerd. In het licht van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zijn echter het in feite tegengestelde bewegingen: waar echelonnering in analytische zin een scheiding aanbrengt, is regionalisatie te verstaan als een proces van integratie. De lijnen zijn scheidslijnen geworden. In tegenstelling tot de beleidsvoornemens is het niet gelukt te komen tot een doelmatige en doeltreffende gezondheidszorg met continuïteit als kerngegeven. Zolang er gedacht blijft worden in termen van eerste en tweede lijn is het niet mogelijk een helder beeld te krijgen van de idealiter wenselijke samenwerking. (aut. ref.)

KOLKMAN, H., VOORT, C. VAN DE

Twee wegen om samenwerking tussen huisarts en specialist te verbeteren: conclusie van NZI-onderzoek.

Het Ziekenhuis; 15, 1985, no. 11, p. 378-381. 5 noten.

NIVEL

Tot voor kort zagen ziekenhuisdirecteuren weinig problemen in de samenwerking met huisartsen. Dit verandert snel, ook door de beddenreductie, de budgettering en de overheidsdrang om zorgverschuiving tot stand te brengen. Ziekenhuizen moeten in toenemende mate rekening houden met de wensen van patiënten en huisartsen. Gegeven het feit dat de nieuwe verwijzingen voor tweederde door huisarts en patiënt worden bepaald, is het belangrijk te weten welke factoren aan het achterwege blijven van verwijzingen ten grondslag liggen. Daarmee wordt tevens duidelijk hoe de samenwerking met de huisartsen kan worden verbeterd. Het Zeister ziekenhuis pakte deze gedachte op en vroeg het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) hierover een onderzoek te verrichten. Het NZI kwam daardoor in de gelegenheid om in een specifieke situatie een eerdere oriënterende studie te toetsen. De auteurs geven suggesties voor ziekenhuisdirecties om verbeteringen in de samenwerking aan te brengen. (aut. ref.)

KOLKMAN, H.H.E., VOORT, P.C.H. VAN DE

Samenwerking huisarts-specialist: onderzoek in Zeist.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 35, p. 1065-1067. 5 lit. opgn.

NIVEL

In de samenwerking tussen huisarts en specialist zorgen vooral de onderlinge taakafbakening en de informatievoorziening voor problemen.

De auteurs, werkzaam bij de basisgroep *Management en Organisatie van het NZI*, hebben dit geconstateerd. Er is een onderzoek verricht in Zeist. Daarbij kwamen én de beeldvorming bij huisartsen van de in het ziekenhuis geleverde zorg én knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten aan het licht. Het onderzoek gaat in op motieven voor verwijzing op basis van de medisch-technische kwaliteit van de specialist en op basis van de relatie tussen de specialist en de huisarts. Daarnaast richtte het onderzoek zich op de samenwerking huisarts-specialist, waarbij gekeken is naar verwijzing, behandeling door de specialist, ontslag en terugverwijzing en naar formele overlegvormen. Op basis van de resultaten dient in de praktijk aan de volgende punten bijzondere aandacht te worden geschonken:

- het beperken van de intercollegiale verwijzing;
- bij verslechtering van de toestand van de patiënt informeert de specialist de huisarts;
- de specialist zorgt er voor dat hij te allen tijde bereikbaar is;
- de specialist geeft aan welke nabehandeling een ontslagen patiënt van de huisarts vraagt;
- er worden afspraken gemaakt over de wederzijdse taakafbakening m.b.t. controle en terugverwijzing;
- de casusbespreking zal om beurten door de huisarts en de specialist worden voorbereid.

LAGRO-JANSSEN, T.

Proeven in de keuken van de huisarts: verslag van een samenwerkingsdag voor huisartsen en specialisten in Nijmegen.

Medisch Contact; 41, 1986, no. 2, p. 47-48.

NIVEL

Als logisch gevolg op de samenwerkingsactiviteiten van huisartsen en specialisten in de regio Nijmegen is een 'samenwerkingsdag' georganiseerd, waarop specialisten van het Canisius-Wilhelminaziekenhuis elk een huisarts in de regio bezochten en een ochtend met deze meemaakten. 's Middags werden er een viertal voordrachten gehouden over nieuwe verworvenheden en huidige manier van werken in de huisartspraktijk. Deze unieke gebeurtenis heeft volgens alle deelnemers bijgedragen tot een beter inzicht in de werkwijze van de huisarts. Volgens enkele deelnemers-huisartsen nodigt dit initiatief uit tot een herhaling en tot het organiseren van een dag waarop de huisarts en de specialist een dag lang op de voet kunnen volgen en niet alleen specialistische technieken te zien krijgen. (aut. ref.)

LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

Samenwerking: een inventarisatie.

S.l.: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

NIVEL R 1571

LHV-nota, waarin een aantal theoretische beschouwingen over samenwerking. Bovendien wordt geprobeerd enige contouren zichtbaar te maken van het werkveld waarin de huisarts zich beweegt. Er worden een drietal veel voorkomende samenwerkingsrelaties besproken alsmede de aspecten in de dagelijkse gang van zaken bij samenwerking aan de orde komen. Daarbij komen een aantal wenselijkheden aan de orde.

LODEWICK, L.

Huisartsen en specialisten in Gouda werken beter samen.

Medisch Contact; 42, 1987, no. 18, p. 560.

NIVEL

Om een aanzet te geven tot meer overleg tussen specialisten van de beide ziekenhuizen in Gouda en de huisartsen die op die ziekenhuizen zijn georiënteerd, organiseert het Bleuland Ziekenhuis jaarlijks een symposium over de samenwerking tussen huisarts en specialist onder het motto: '*Beter samen, samen beter*'. Uitgegaan wordt van een hoge mate van zelfwerkzaamheid van de deelnemers. De bijeenkomsten zijn zo opgezet dat huisartsen en specialisten met elkaar overleggen in kleine groepen onder deskundige leiding. Het informele contact buiten de discussiegroepen bevordert de wederzijdse kennismaking en op termijn een soepele communicatie.

Tijdens het derde symposium stond de vraag centraal of bepaalde patiënten door een arts moeten worden gecontroleerd c.q. begeleid en, indien dat gewenst is, waarom, door wie (huisarts en/of specialist) en hoe. In het artikel wordt een verslag van die discussie gegeven.

MULDER, J.D.

Samen werken: in het bijzonder tussen huisarts en specialist.

Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1983. Inaugurele rede, 66 lit. opgn.

NIVEL

Auteur beschrijft relatie van huisarts en specialist als een WAT-relatie (working apart together). In publicaties worden steeds dezelfde suggesties teruggevonden, zoals: *de huisarts zou duidelijker verwijsbrieven moeten schrijven; de specialist zou sneller en duidelijker berichtgeving aan de*

huisarts moeten verstrekken; de huisarts zou mede betrokken moeten worden bij het beleid rond in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

Volgens de auteur is de problematische relatie voor een deel te herleiden tot een verschil in visie op de gezondheidszorg; daarbij is er eerst sprake van een relatie op het moment dat de huisarts een patiënt verwijst. Door verkeerd verwijzen kan er een veelvoud aan problemen ontstaan. Factoren die van invloed zijn op het verwijsgedrag worden opgesomd.

Ook op het terrein van de taakafbakening bestaan er verschillen in inzicht tussen huisarts en specialist; er wordt een beschrijving gegeven van de wederzijdse beeldvorming. Het groeiende verschil in status wordt als een verklarende factor gezien.

Vervolgens wordt ingegaan op een beschrijving van de relatie tussen huisarts en specialist op basis van de ruiltheorie: indien een ruiltransactie voor beide partijen voordeel oplevert treedt er minder stagnatie op.

Daarna worden er mogelijke stappen ter verbetering van de onderlinge relatie opgesomd: ondersteuning bij de ontwikkeling van de benodigde vaardigheden; het ontwikkelen van protocollen; het initiëren van initiatieven voor formele samenwerking.

Naast de verwijzing kan ook de consultatie een centrale rol bij de samenwerking gaan spelen: er wordt ingegaan op de voorwaarden hiervoor. In de laatste paragrafen staat de taak die de medische faculteit heeft bij het bevorderen van de relatie tussen huisarts en specialist centraal: er is een taak weggelegd bij het reguliere onderwijs maar ook voor het post-academisch onderwijs. Persoonlijke eigenschappen van medici onderling spelen ook een belangrijke rol bij het realiseren van een goede relatie.

NJOO, K.H., WOUTEN, J.C. VAN DER, WOUTERLOOD-VAN CLEEFF, I.E., DOKTER, H.J.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker:

2. Initiatieven ter verbetering.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 31/32, p. 994-996. 5 lit. opgn.

NIVEL

Tweede artikel uit een reeks, waarin een project van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut gericht op de samenwerking tussen huisarts en specialist bij kankerpatiënten wordt verslagen. In 1985-1986 werd hierover in het zuidwesten van Nederland een schriftelijke enquête gehouden onder praktiserende artsen. Op basis van de resultaten van deze enquête zijn initiatieven ondernomen om verbetering in de samenwerking te bewerkstelligen. De meest opvallende bevinding naar aanleiding van de initiatieven is, dat de geïnventariseerde opvattingen over

mogelijkheden voor verbetering van de samenwerking uiteindelijk niet aansluiten bij de bevindingen nadien. Deze discrepantie laat zien, dat opties die als voor de hand liggende mogelijkheid worden gekozen in de praktijk niet noodzakelijkerwijs de juiste blijken te zijn.

Er is gezocht naar alternatieven om een verbetering in de samenwerking tot stand te brengen.

PETERS, J.H.

Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg: een project vanuit een algemeen ziekenhuis.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982. bijln., lit. opgn.

NIVEL B 666

In de eerste twee hoofdstukken wordt het overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg geanalyseerd. In 1972 werd in het Ziekenhuis Overvecht, een basisziekenhuis, te Utrecht het initiatief genomen tot samenwerking met de eerste lijn. Het initiatief tot samenwerking leidde tot een samenwerkingsproject dat in hoofdstuk IV wordt uiteengezet. De samenwerking concentreerde zich aanvankelijk op die tussen huisartsen en specialisten, maar groeide in de periode 1972-1981 uit tot een activiteit, waarbij ook andere hulpverleners betrokken raakten.

Bij het schetsen van de ontwikkeling van het samenwerkingsproject ligt het accent op procesanalyse. De ervaring met de doorlopen processen kan van belang worden geacht voor het opzetten van soortgelijke projecten elders. Een drietal fasen werd doorlopen, te weten:

- een voorbereidingsfase, waarin het initiatief tot samenwerking tussen eerste en tweede lijn werd onderzocht;
- een constructiefase, waarin werd beoogd het beleidsvoornemen van samenwerking te concretiseren in een actieprogramma;
- een uitvoeringsfase, waarin het actie programma in praktijk werd gebracht.

Als belangrijkste resultaten van het samenwerkingsproject kunnen worden genoemd het Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn (DCO) en het experiment begeleiding polikliniekpatiënt. In hoofdstuk V wordt het DCO behandeld. Het DCO paste in het streven van de overheid naar een versterking van de eerste lijn onder een gelijktijdige terugdringing van de tweede lijn. Zowel een kwaliteitsverbetering van patiëntenzorg als een kostenbeteugeling voor dit onderdeel van de gezondheidszorg werden met het DCO nagestreefd.

De evaluatie van de eerste twee jaren van het DCO leidde tot onder meer de volgende conclusies:

- met betrekking tot de relatie huisartsen met het DCO, leek het DCO naar aantallen verwezen patiënten te oordelen in een behoefte te voorzien; diagnostisch onderzoek aangevraagd door de huisarts leek in de plaats te komen van poliklinisch diagnostisch onderzoek aangevraagd door de specialist. In dit opzicht heeft zich als gevolg van het DCO een verschuiving in het takenpakket van huisartsen en specialisten voorgedaan. Daarbij vonden beide beroepsgroepen dat in het takenpakket de eigen werkbelasting was toegenomen;
- de samenwerking huisarts-specialist werd geïntensiveerd; behalve diagnostische faciliteiten stelde het DCO ook specialistische ondersteuning ter beschikking, waarvan de huisartsen naar eigen inzicht gebruik konden maken. Deze ondersteuning betrof de specialistische beoordeling, de consultatie en de nascholing;
- het DCO beschikte slechts over een kleine administratieve organisatie; de werkwijze binnen het DCO was desondanks complex. Tot de organisatie behoorden immers behalve huisartsen, diagnosten en specialisten ook de ziekenhuismedewerkers, die op de nevenafdelingen werkzaam waren. Ten aanzien van allen vervulde de projectleider een coördinerende functie.

Hoofdstuk VI is gewijd aan een uiteenzetting over het experiment begeleiding polikliniekpatiënt. Deze begeleiding was erop gericht om poliklinische patiënten die met psychosociale problemen te kampen hebben, behulpzaam te zijn bij de verwerking hiervan.

In het slothoofdstuk VII wordt aanbevolen het DCO te continueren en deze activiteiten ook in andere algemene ziekenhuizen te introduceren. Door deze ontwikkeling kan vanuit de ziekenhuizen een actieve bijdrage worden geleverd aan een versterking van de eerste lijn. Voorts is het gewenst dat vervolgonderzoek wordt gedaan naar het gebruik van het diagnostisch centrum door de huisarts en een eventueel substitutie-effect van het diagnostisch centrum in het klinische en poliklinische patiëntenaanbod. (bewerking aut. ref.)

POELS, E.F.J., LAGRO-JANSSEN, A.L.M.

Samenwerking huisarts-specialist: een Nijmeegs initiatief.

Medisch Contact; 37, 1982, no. 47, p. 1509-1511.

NIVEL

Nijmeegse huisartsen en specialisten van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis ter plaatse hebben, 117 man sterk, een dag lang gesproken over (hun) samenwerking. Het doel van die studiedag was tweërlei: proberen wrijvingspunten in de onderlinge communicatie op te lossen en inzake een aantal aandoeningen tot een inhoudelijke taakafbakening tussen

huisarts en specialist zien te geraken. Door de hele dag heen liepen twee vragen: *is de specialist de consulent van de huisarts of van de patiënt? en moet de ziekenhuiszorg niet veel meer op de eerstelijnszorg worden afgestemd?* Er wordt geconcludeerd dat een intensiever contact een sleutel kan zijn tot een oplossing van perikelen in de samenwerking. (aut. ref.)

POST, D.

Heffen we de eerste lijn op?: huisarts en specialist in een nieuwe 'orde'.

Medisch Contact; 43, 1988, no. 19, p. 591-593. 13 lit. opgn.

NIVEL

Er dient in de gezondheidszorg een nieuw ordeningsprincipe te worden gehanteerd, wil de medische lijn niet helemaal ombuigen in de richting van het ziekenhuis. De huisartsgeneeskunde zal afbrokkelen, indien men niet intensief gaat werken aan het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist in een gestructureerd verband. Één en ander wordt mede geschetst aan de hand van de historische ontwikkeling. Met betrekking tot samenwerking wordt gesteld dat een gemeenschappelijk doel noodzakelijk is. Belemmeringen hierbij zijn verschillen in opvatting over gezondheid en ziekte, verschillen in taakopvatting en verschillen in honorering. Als voorwaarden voor samenwerking wordt het kennis nemen van elkaars deskundigheid genoemd. Tenslotte vereist een en ander een nieuwe ordening waarbij de volgende ordes kunnen worden onderscheiden: een medische orde, een verpleegkundige orde en een sociale orde. Hierbij moeten dwars verbanden bestaan tussen de verschillende ordes. Het realiseren van de veranderingen vereist een verandering in denken en in mentaliteit.

REGIONALE COMMISSIE GEZONDHEIDSZORG / DISTRICTSCOMMISSIE DELFT WESTLAND OOSTLAND DWO

Samenwerking huisarts en specialist: een onderzoek naar de samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en specialisten in de regio Delft Westland Oostland.

S.I.: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1987. 26 lit. opgn., bijln.

NIVEL R 3543/R 4064

In het rapport zijn de resultaten weergegeven van een inventariserend onderzoek onder huisartsen en specialisten naar knelpunten in de onderlinge samenwerking. Aan het onderzoek werkten 73% van de huisartsen en 73% van de specialisten uit de regio Delft Westland Oostland

mee. De negen huisartsen uit de 3 B-gemeenten lieten weten niet aan het onderzoek mee te doen vanwege met name hun oriëntatie op de Rotterdamse ziekenhuizen.

Op basis van zowel in de literatuur beschreven als in elf open interviews genoemde knelpunten in de samenwerkingsrelatie tussen huisarts en specialist zijn 66 uitspraken opgesteld. Deze uitspraken zijn aan de huisartsen en specialisten voorgelegd.

Er bleken knelpunten te liggen op het gebied van de onderlinge informatie-uitwisseling. Zo was 40% van zowel de huisartsen als de specialisten van mening dat in de verwijsbrieven van huisartsen vaak onvoldoende gegevens staan. Huisartsen gaven aan dat verwijsbrieven vaak niet goed worden gelezen. Ook bevat de ontslagberichtgeving volgens de huisartsen veelal geen antwoord op de gestelde vragen en verschijnt deze vaak te laat. Veertig procent van de respondenten was van mening dat het te weinig voorkomt dat specialisten een voorlopig ontslagbericht verstrekken. Huisartsen en specialisten waren het hierover met elkaar eens. Naar de mening van huisartsen worden ze niet voldoende en vaak niet op tijd door de specialisten ingelicht over ziekenhuispatiënten. Uit het onderzoek blijkt dus dat ook in de regio Delft Westland Oost huisartsen ontevredener zijn over de onderlinge informatie-uitwisseling dan specialisten. Ten aanzien van de bereikbaarheid van huisartsen en specialisten zijn er ook knelpunten. Vooral de bereikbaarheid van specialisten is een probleem. De helft van de huisartsen en een derde van de specialisten was van mening dat een aantal specialisten moeilijk bereikbaar zijn. De respondenten waren iets minder negatief over de bereikbaarheid van de huisartsen.

Wat betreft de onderlinge taakafbakening bleek ook uit dit onderzoek dat huisartsen en specialisten hierover van mening verschillen. Huisartsen claimen meer taken dan ze nu vervullen en dan de specialisten wenselijk vinden. Dit komt onder meer tot uiting bij ideeën van huisartsen en specialisten over vasthouden van patiënten door specialisten, over intercollegiaal doorverwijzen binnen de tweede lijn, over verantwoordelijkheid voor de patiënt in het ziekenhuis en de EHBO-functie van huisartsen.

Aan de respondenten werden een aantal uitspraken over factoren die mogelijk (negatief) van invloed zijn op de samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en specialisten voorgelegd. Deze uitspraken hadden onder andere betrekking op de wenselijke invloed van patiënten op de behandeling, honoreringsstructuur van medici, verzekeringswijze van patiënten, verschillen in denkwijze en oriëntatie van huisartsen en specialisten.

Daarnaast zijn vragen voorgelegd over wederzijdse beeldvorming bij huisarts en specialist, over nascholing en over verschillen in opvattingen over samenwerking tussen huisartsen onderling (huisartsen uit de stad Delft of uit de omgeving) en tussen specialisten uit de vier onderscheiden specialismen. De publicatie wordt afgesloten met een aantal actiepunten gericht op de verbetering van de onderlinge informatieuitwisseling, de onderlinge taakverdeling en de EHBO-functies van huisartsen en specialisten.

REYNDERS, F.L., NJOO, K.H.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker:

3. Een experiment met nacontroles: de huisarts kan (veel) meer.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 33/34, p. 1057-1059. 9 lit. opgn.

NIVEL

Een artikel uit een serie artikelen over de samenwerking tussen huisarts en specialist bij kankerpatiënten. Hier wordt een experiment beschreven met als uitgangspunt de vraag of en, zo ja, wanneer en ten aanzien van wie de huisarts de medische zorg voor een kankerpatiënt verantwoord van de specialist kan overnemen. Uit dit project kan de conclusie worden getrokken, dat de taakverdeling bij de begeleiding van kankerpatiënten tussen specialist en huisarts kan worden herzien, als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Motivatie, regelmatig overleg met een vaste consulent, zorgvuldige afspraken over de taakafbakening en voldoende diagnostische faciliteiten zijn nodig. De huisarts moet dan in staat geacht worden de nacontroles te verrichten bij geselecteerde patiëntengroepen. Wie kennis neemt van de toekomstscenario's over kanker, de ontwikkeling van thuis- en nazorgmodellen en de rol van de huisarts daarin, de discussienota van de LHV over de positie van de huisarts in de toekomst en andere stukken zal zich realiseren dat ook op het terrein van nacontrole en begeleiding van kankerpatiënten substitutie van taken tussen specialist en huisarts nodig en mogelijk is. (aut. ref.)

RIJK, C. DE, THEUNISSEN, I., VELZEN, C. VAN, WOUDEN, J.C. VAN DER, DOKTER, H.J.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker:

4. Oncologische patiëntbespreking; een experiment.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 35, p. 1113-1115. 8 lit. opgn.

NIVEL

In aansluiting op een opinie- en behoeftepeiling met betrekking tot de samenwerking tussen eerste en tweede lijn bij kankerpatiënten, waarover

in eerdere afleveringen van deze serie is bericht, wordt nu onder meer geëxperimenteerd met een gestructureerde patiëntbespreking tussen huisarts en oncoloog. Twee groepen doen hieraan mee. Na een half jaar kon worden vastgesteld, dat deze methode van overleg concrete resultaten oplevert op het niveau van de patiënt. Tevens is een basis gelegd om structurele knelpunten in samenwerking tussen huisarts en specialist ter zake aan te pakken. (aut. ref.)

SCHIPPER, R.M.

CARA in kaart: samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven. Medisch Contact; 43, 1988, no. 44, p. 1347-1349. 15 lit. opgn.

NIVEL

Huisartsen lijken tekort te schieten bij de diagnostiek en de behandeling van CARA-patiënten terwijl driekwart van de totale medische zorg aan deze patiënten door de huisarts wordt geleverd; de kwaliteit van de huisartsge-neeskundige zorg verdient voor deze patiënten verbetering.

Bovengenoemde overwegingen hebben geleid tot de ontwikkeling van een protocol, met name bedoeld voor huisartsen. De cluster luchtwegaan-doeningen die onder de verzamelnaam CARA gevangen zijn, worden onderscheiden in:

- chronische bronchitis;
- gegeneraliseerde luchtwegobstructie:
hieronder vallen chronische obstructieve bronchitis, '*small airway obstruction*' en astma bronchiale;
- emfyseem.

De term CARA verwijst daarbij naar de aanvullende criteria zoals het klinisch beeld, de mate van reversibiliteit, de mate van hyperactiviteit, de aanwezigheid van allergie en gegevens over complicerende factoren. Op basis van criteria worden drie subgroepen in vormen van gradatie naar ernst onderscheiden; de uiteindelijke diagnose is gebaseerd op een verzameling van gegevens. In dit kader worden richtlijnen geformuleerd voor het verrichten van aanvullend onderzoek door de specialist; dit geldt zowel ten aanzien van de diagnose als de controle. De auteurs verwachten dat het hanteren van het ontwikkelde protocol zal bijdragen aan de verbetering van de medische zorg voor CARA-patiënten.

SWINKELS, M.A.A., DOPHEIDE, J.P.

Vervagende grenzen tussen eerste en tweede lijn: de casus Hoogeveen. Medisch Contact; 38, 1983, nr. 17, p. 512-514. 10 lit. opgn.

In Hoogeveen werken huisartsen en ziekenhuisspecialisten vanaf 1970 gestructureerd samen. Dat deden ze althans tot voor een jaar. Het formele overleg is opgeschort. De auteurs zetten de praktijk van de samenwerking af tegen de theorie. Zij zien daarbij mogelijkheden voor een bevredigende afstemming van eerste- en tweedelijngesondheidszorg. De problemen in Hoogeveen zijn te herleiden tot een enkel probleem binnen de samenwerking: de onderlinge taakafbakening; op vele terreinen claimen zowel de huisarts als de specialist de eerst verantwoordelijken te zijn, wiens beslissing moet uiteindelijk prevaleren. Er wordt geconstateerd dat er geen sprake is van financiële problemen binnen de samenwerking.

SWINKELS, M.A.A., LODEWICK, L.

Samenwerking huisartsen en specialisten: een inventarisatie in de regio Gouda. Medisch Contact; 39, 1984, no. 7, p. 205-206.

NIVEL

In de gezondheidsregio Gouda is een werkgroep continuïteit van zorg/relatie huisarts-specialist opgericht, met het doel door middel van een inventariserend onderzoek te komen tot optimalisering van de onderlinge relatie van huisartsen en specialisten. De auteurs geven een samenvatting van de resultaten van dit onderzoek. Het blijkt dat huisartsen en specialisten zich door het onderzoek meer bewust zijn geworden van de knelpunten in hun relatie én dat velen onder hen de behoefte voelen (en bereid zijn) er samen over te praten. Als knelpunten worden genoemd; de samenwerkingsrelaties; de informatie-uitwisseling en de communicatie (een probleem wat op korte termijn opgelost kan worden); de onderlinge taakafbakening (een probleem waaraan op langere termijn tegemoet kan worden gekomen). Een reactie op het artikel met de titel *Samenwerking tussen huisartsen en specialisten een utopie?* van de hand van Hennink is verschenen in Medisch Contact; 39, 1984, no. 14, p. 441. De strekking van de reactie luidt: oude wijn in nieuwe zakken.

SWINKELS, M.A.A., LODEWICK, L.

Samenwerking huisartsen en specialisten: stand van zaken in de regio Gouda. Medisch Contact; 40, 1985, no. 40, p. 1283

NIVEL

In dit vervolgartikel wordt ingegaan op de activiteiten die zich op de verschillende niveaus hebben ontwikkeld ter optimalisering van de onderlinge samenwerking. Op macro-niveau wordt hieraan vorm gegeven middels een jaarlijks symposium '*Beter samen, samen beter*'. Op meso-niveau zijn maandelijkse gesprekken geïnstitutionaliseerd tussen

vertegenwoordigers van huisartswaarnemingsgroepen en een steeds wisselend specialisme. Op microniveau is sprake van een nieuw, kleinschalig samenwerkingsverband, waarbij hulpverleners van één gezondheidscentrum en leden van één maatschap uit een der Goudse ziekenhuizen betrokken is.

SYMPOSIUM

Symposium samenwerking eerste- en tweedelijns gezondheidszorg: verslag van het symposium gehouden te Winterswijk op 28 september 1984 ter gelegenheid van de opening van het Streekziekenhuis Koningin Beatrix.

S.l.: s.n., s.a.

O&O R 30

Integrale weergave van de voordrachten zoals die uitgesproken zijn tijdens het symposium. De voordrachten hadden betrekking op:

- de gezondheidszorg in het perspectief van de eeuwwisseling;
- de samenhang en samenwerking tussen eerste-tweede lijn, zoals blijkt uit een onderzoek in de Oost-Achterhoek;
- de complementariteit van de eerste- en tweedelijnszorg;
- een pleidooi voor directie-overleg tussen ziekenhuis en de eerstelijns-gezondheidszorg;
- de taakverdeling bij gezamenlijke behandeling van de patiënt en het toetsen van gemaakte overeenkomsten;
- het onderscheid tussen eerste en tweede lijn: van stippellijn tot lichte streep.

Het verslag wordt afgesloten met een evaluatie- en discussieparagraaf geschreven door de dagvoorzitter F.J.A. Huygen.

VERBAARSCHOT-BOCKWEG, H., BIEWINGA, J.H.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker. Slot: gezondheidszorg in samenhang-de rol van de maatschappelijk werker in het ziekenhuis.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 36, p. 1145-1147. 2 lit. opgn.

NIVEL

Dit artikel is het laatste in een reeks over de samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Om de relatie eerste-tweede lijn met betrekking tot de zorg voor mensen met kanker te verbeteren, is op de polikliniek Oncologie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt een maatschappelijk werker gestationeerd; deze doet goed bemiddelend werk, met name door de aandacht die geschonken wordt aan de psychosociale omstandigheden van de patiënt. Door de maatschappelijk

werker van het ziekenhuis te belasten met een bemiddelende rol in de communicatie tussen ziekenhuis en eerste lijn en door daarbij expliciet aandacht te geven aan de psychosociale omstandigheden van de patiënt, wordt in veel gevallen een betere begeleiding van de patiënt door specialist en huisarts mogelijk. Communicatiestoornissen kunnen zo sneller worden gesignaleerd en bespreekbaar gemaakt of kunnen zo worden voorkomen.

WOUDEN, J.C. VAN DER

De samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker.

In: Zorg voor nazorg. Stichting CAPP. Rotterdam: Stichting CAPP, s.a., p. 31-37, 1 lit. opg.

NIVEL R 4151

Toelichting op een onderzoek op het terrein van samenwerking in de gezondheidszorg waarin de samenwerking tussen huisartsen en specialisten bij kankerpatiënten wordt bestudeerd.

De vraagstelling van het onderzoek is onder meer gericht op het inventariseren van knelpunten, met name op het terrein van onderlinge taakafbakening en communicatie. De knelpunten hebben implicaties voor de nazorg, ook voor kankerpatiënten een probleemgebied. Er worden enkele resultaten van het onderzoek gepresenteerd, waarbij de onderzoekers zich met het oog op de nazorg vooral richten op de berichtgeving, zoals in geval van ontslag uit het ziekenhuis. (aut. ref.)

WOUDEN, J.C. VAN DER, DOKTER, H.J.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker.

Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 2, p. 51-55. 11 lit. opgn.

NIVEL

Is er een verband tussen de frequentie waarmee huisarts en specialist contact hebben over hun kankerpatiënten, en hun oordeel over hun samenwerking? Door welke knelpunten zien zij hun samenwerking het meest belemmerd? Door middel van een postenquête onder alle huisartsen en de beoefenaars van de belangrijkste specialismen in Zuidwest-Nederland (900 respondenten, respons 70%) is geprobeerd deze vragen te beantwoorden.

Hoe vaker er gecommuniceerd wordt tussen huisarts en specialist en hoe duidelijker de taakafbakening, des te positiever is hun beider oordeel over de samenwerking. De belangrijkste problemen in de samenwerking zijn volgens de artsen het gebrek aan afspraken over de samenwerking en het feit dat men elkaar onvoldoende kent. Slechts 20 procent van de

huisartsen wordt uitgenodigd voor oncologiebesprekingen en daarvan gaat ongeveer de helft in op de uitnodiging. Van deze helft wordt opnieuw slechts de helft betrokken bij het beleid. (aut. ref.)

WOUDEN, J.C. VAN DER, DOKTER, H.J.

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij mensen die lijden aan kanker.
1: Knelpunten geïnventariseerd.

Medisch Contact; 44, 1989, no. 29/30, p. 959-961. 11 lit. opgn.

NIVEL

Dit artikel is het eerste in een serie over de samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. De serie geeft verslag van een door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut uitgevoerd onderzoek. Getracht is zo knelpunten op het spoor te komen. Vervolgens zijn enkele experimenten uitgevoerd om de samenwerking (op onderdelen) te verbeteren. In deze aflevering worden de onderzoeksopzet en de resultaten van de inventariserende onderzoeksfase gepresenteerd. (aut. ref.)

5. HUISARTS: POORTWACHTER?

JANSEN, T., KONING, A. DE, LOOT, A., OUYEN, B. VAN, RIJSHOUWER, Y.
Huisarts of specialist: wat vindt de patiënt ervan? Verslag van een schriftelijke enquête over de invloed van patiënten op verwijzen.
Leiden/Utrecht: Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Sociale- en Organisatiepsychologie, 1982. In opdracht van: N.H.I., begeleider: R. Vermunt, lit. opgn., bijln.

NIVEL B 390

Verslag van een onderzoek waarin het toegenomen aantal verwijzingen naar de tweede lijn onderzocht en verklaard wordt; een veranderde taakopvatting van huisartsen is slechts een van de mogelijke verklaringen. De relatie tussen verwijzen en de mate waarin de patiënt aandringt op verwijzen onderzocht; dit zal onder meer afhangen van de attitude van de patiënt ten aanzien van behandeling door huisarts of specialist. Hierbij bepaalt het aanbod van en de afstand tot de voorzieningen in de tweede lijn deze attitude mede.

Er volgt een nauwkeurige beschrijving van de methodische aspecten van het onderzoek. Factoren als sexe, algemene gezondheidstoestand, tevredenheid over de eigen huisarts, blijken van invloed op verzoeken om verwijzingen. Het wonen in stedelijke dan wel landelijke gebieden en de verzekeringsvorm blijken niet van invloed. Een en ander wordt afgesloten met aanbevelingen.

KERSTEN, T.J.J.M.T.

Invloed van de huisarts op de omvang van de specialistische behandeling.
Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL, 1987. lit. opgn.

NIVEL R 3762

Het kenmerkende van de studie is dat de vraagstelling begint in het stadium dat in de meeste onderzoeken wordt overgeslagen. De belangrijkste vraag is namelijk: "Zijn er aanwijzingen dat de huisarts, anders dan door selectie van patiënten voor behandeling in de tweede lijn, invloed heeft op de hoeveelheid behandeling die zijn patiënten ontvangen van de specialist?". De vraag is of een bepaald fenomeen überhaupt wel bestaat, terwijl het in het meeste onderzoek zo is dat het bestaan van het verschijnsel op zich niet omstreden is, maar de verklaring er voor wel. Het te onderzoeken verschijnsel wordt aangeduid als '*actie-invloed*' van de huisarts. Het gaat om invloed die de huisarts uitoefent op

de specialist, na het moment van verwijzen, met de bedoeling de behandeling van patiënten in de tweede lijn zo kort mogelijk te laten zijn. Het veronderstelt daarop gerichte communicatie van de huisarts met de specialist. Het begrip '*actie-invloed*' wordt geplaatst tegenover '*selectie-invloed*'. Selectie-invloed refereert aan de invloed die de huisarts heeft op de omvang van de tweedelijsbehandeling voor zijn patiënten, door meer of minder restrictief te zijn in zijn verwijsbeleid.

Alternatieve verklaringen zijn:

1. De ene huisarts verwijst patiënten met lichtere klachten door naar de specialist dan de andere; patiënten met lichtere klachten hebben minder tweedelijsbehandeling nodig; daardoor ontstaan als gevolg van het meer of minder selectieve verwijsbeleid van de huisarts verschillen in de tweedelijs productiecijfers voor de patiënten van verschillende huisartsen. (Dit verschil in verwijsbeleid wordt aangeduid als selectie-invloed van de huisarts.)
2. De ene huisarts verwijst zijn patiënten eerder naar een andere specialist dan de andere huisarts; specialisten verschillen in de hoeveelheid behandeling die zij hun patiënten plegen te geven; daardoor lijkt het om verschillen tussen huisartsen te gaan, maar het zijn eigenlijk verschillen tussen specialisten.

In de analyses, die erop gericht waren verschillen in actie-invloed tussen huisartsen te verklaren op grond van structurele kenmerken van deze huisartsen en hun praktijken, zijn wel enkele resultaten gevonden die erop wijzen dat de huisarts actie-invloed heeft. De essentie is dat oudere huisartsen bij sommige categorieën specialismen minder hoge terugbestel-, opname- en ligduurcijfers hebben dan hun jongere collega's. Het beeld is echter niet consistent, in die zin dat niet duidelijk is waarom het verschil bij het ene specialisme (of groep van specialismen) wel gevonden wordt en bij het andere niet. Bovendien moet in de interpretatie een nogal grote stap gemaakt worden om van leeftijd van de huisarts bij actie-invloed uit te komen ('Oudere huisartsen voelen zich zekerder ten opzichte van specialisten' en dergelijke). Al met al moeten de onderzoekers vaststellen, dat ook in deze groep analyses geen erg overtuigende aanwijzingen gevonden zijn voor actie-invloed van de huisarts.

Het totaalbeeld dat de huidige studie oplevert, is dat selectie-invloed van de huisarts op de omvang van de tweedelijsbehandeling voor zijn patiënten veel prominenter aanwezig is dan de actie-invloed. Omdat eerste en tweede lijn twee duidelijk gescheiden zorgsystemen zijn, moet misschien ook niet anders verwacht worden. (aut. ref.)

KERSTEN, T.J.J.M.T.

Wederzijdse beïnvloeding huisarts-specialist: relatie eerste-tweede lijn.

Medisch Contact; 43, 1988, nr. 27/28, p. 849-851. 3 lit. opgn.

NIVEL

Artikel waarin op grafische wijze de afbakening van de taakgebieden tussen huisarts en specialist in kaart gebracht wordt. De centrale stelling is dat de huisarts de verschuiving in de scheidslijn tussen de werkgebieden in principe bepaalt. Ter zake de wijze waarop specialisten reageren op veel of weinig verwijzende huisartsen worden een drietal veronderstellingen gepresenteerd:

- patiënten van weinig verwijzende huisartsen zijn minder ziek dan de patiënten van veel verwijzende huisartsen;
- bij veel verwijzende huisartsen neemt de specialist een deel van de taken van de huisarts op zich;
- patiënten van veel verwijzende huisartsen krijgen meer zorg, ten eerste omdat veel verwijzende huisartsen meer patiënten met psychosomatische klachten verwijzen, ten tweede de specialist gaat er vanuit dat de verwijzende huisarts niet gemotiveerd is een patiënt zelf te behandelen.

Om een inzicht in de werkelijke relatie te krijgen zijn ziekenfondsgegevens bestudeerd die betrekking hebben op de 'jaaromzet' van 97 huisartsen. In de meeste gevallen kan de relatie als volgt worden getypeerd: de huisarts of de specialist doet de behandeling, maar er wordt pas behandeld als de patiënt zich daartoe aanmeldt. Er zijn twee uitzonderingen op deze regel gevonden namelijk bij de specialismen chirurgie en KNO.

Het weinige onderzoek over de afstemming van taken geeft aan dat er onder huisartsen weinig consensus bestaat over de mate waarin zij betrokken willen zijn bij de tweedelijnsbehandeling. Sommige specialisten stellen dat de patiënt na een verwijzing buiten de invloedssfeer van de huisarts valt anderen willen de huisarts wel een rol toedenken bij de tweedelijnsbehandeling. Deze laatste categorie maakt daarbij onderscheid in veel en weinig gemotiveerde huisartsen, waarbij de verwijsbrief als criterium voor de motivatie van de huisarts gebruikt wordt. Op het moment dat de taak van de specialist verder gaat dan het uitvoeren van diagnostiek en er ook behandeld wordt vervaagt ook de invloed van de gemotiveerde huisarts op de behandeling. De huisarts komt weer in beeld bij de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen en bij de begeleiding van terminale patiënten.

Geconcludeerd wordt dat er ondanks de weinig intensieve contacten tussen huisarts en specialist sprake is van wederzijdse beïnvloeding: de huisarts heeft invloed door het verwijsbeleid dat hij voert. De af-

hankelijkheid is wederzijds in situaties waarin de specialist een monopoliepositie heeft ten opzichte van de huisartsen in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis.

KOLKMAN, H., BOOT, J.M. (BEGL.)

De huisarts en het kleine ziekenhuis: een oriënterend onderzoek naar de motieven van huisartsen voor verwijzen naar een klein ziekenhuis en naar het beeld dat deze huisartsen hebben van dit ziekenhuis.

Groningen: s.n., 1983. scriptie, noten.

NIVEL R 1734

Onderzoek naar de motieven voor het verwijzen door de huisarts van patiënten naar een klein ziekenhuis alsmede naar het beeld dat de huisarts heeft van dit ziekenhuis. Dit in de situatie waar eveneens een groot ziekenhuis als alternatief aanwezig is. Het onderzoek maakt deel uit van een uitgebreidere studie naar de contacten tussen huisartsen en specialisten.

De volgende factoren lijken van belang en zijn derhalve indrucht:

- het aantal en het soort voorzieningen van een bepaald ziekenhuis;
- de beoordeling van de huisarts van de kennis en kunde van de specialist;
- de persoonlijke relatie van de huisarts met de specialist;
- de geografische afstand tot het ziekenhuis.

In volgorde van belangrijkheid bleken de volgende factoren van invloed:

- de beoordeling van de huisarts van de kennis, kunde en aanpak van de specialist;
- de voorkeur van de patiënt;
- het *bij elkaar passen* van de patiënt en de specialist;
- de persoonlijke relatie van de huisarts met de specialist.

De geografische afstand leek eveneens van invloed.

Het beeld dat de huisartsen van het in het onderzoek betrokken basisziekenhuis hebben, is overwegend positief te noemen. De kritiek die men heeft richt zich op de medisch-technische beperkingen.

KUYVENHOVEN, M.M., MELKER, R.A. DE

Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen: een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, no. 12, p. 365-368. 16 lit. opgn.

NIVEL

Dertien huisartsen hebben gedurende drie maanden al hun verwijzingen geregistreerd. Slechts één op de drie verwijzingen naar interne specia-

lismen bleek een actief door de huisarts geïnitieerde verwijzing; van de verwijzingen naar chirurgie was dat ongeveer de helft. In respectievelijk 60 en 25 procent van de gevallen ging het om een herhaalkaart. Bij het merendeel van de actieve verwijzingen informeerde de huisarts de specialist over het doel van de verwijzing; de kwaliteit van deze informatie was over het algemeen echter matig. (aut. ref.)

LAMBERTS, H.

Verwijzen naar een specialist: complementariteit of competitie?

In: Een huisarts wel-beschouwd: huisartsgeneeskundige opstellen ter gelegenheid van het afscheid van prof.dr. Geert Jacob Bremer. Schure, L.M., Wachters-Kaufmann, Meyboom-De Jong, B., Hoekstra, G.R. (red.), Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1989, p. 39-46. 14 lit. opgn.

NIVEL B 2244

De huisartsgeneeskunde wordt gekenmerkt door het feit dat alle patiënten in de praktijk op ieder moment ieder gezondheidsprobleem in ieder stadium aan de huisarts kunnen aanbieden. Hij acht zich daarbij verantwoordelijk voor de continuïteit in de geneeskundige geschiedenis van zijn patiënt; zowel persoonlijk als feitelijk.

Deze twee kenmerken zijn conditioneel voor vijf belangrijke aspecten in het werk van de huisarts:

- de relatie met de patiënt;
- het benoemen en legitimeren van *alle* gezondheidsproblemen;
- de gezinsgeneeskunde;
- de praktijk als populatie;
- normen en waarden, het nut van geneeskundig handelen.

De relatie met de patiënt moet goed zijn opdat de lage drempel en de continuïteit niet in gevaar komen. De huisarts als poortwachter zorgt er voor dat de specialist alleen patiënten met *moeilijke* kwesties ziet en met problemen waarvoor een specifieke vaardigheid of een bepaald apparaat nodig is. Iedere verwijzing is na enige tijd te beoordelen wat betreft de diagnose en de indicatie. Verwacht mag worden dat patiënt, huisarts en specialist met nadruk streven naar een hiërarchisch model van verwijzen; verwijzingen door huisartsen, met welke overwegingen ook gedaan-dekken de omvang en de aard van de feitelijke hulpverlening door specialisten in polikliniek en ziekenhuis niet; allerlei *niet geneeskundige* overwegingen, zoals defensief handelen, onzekerheid, gemak en financiële overweging, spelen een rol.

In het contact tussen huisarts en specialist speelt de distributie van ziekten in de bevolking een belangrijke rol. Het nut van de inbreng van specialisten bij de ziekten die zij tot hun vakgebied rekenen en die zij

door het beschrijven van diagnoses aan hun territoir toevoegen, bestaat bij de gratie van een zeefsysteem. Een specialist in weinig voorkomende aandoeningen zal voldoende vaak met de aandoening geconfronteerd worden en hem daardoor snel herkennen (diagnostiseren). Lastiger, maar klinisch interessanter wordt de plaatsbepaling van de huisarts wanneer het er omgaat een diagnose te bevestigen of juist uit te sluiten. Hierbij is het belangrijk te weten hoeveel haast er is bij het stellen of uitsluiten van de diagnose. Dit verschil in werkwijze tussen huisarts en specialist leidt tot complementaire doelstellingen; de specialist wordt door verwijzingen van de huisarts geconfronteerd met een populatie patiënten waarbinnen de kans op het voorkomen van een specifieke aandoening, waarbij het uitsluiten van een diagnose niet synoniem is met het stellen van een alternatieve diagnose. Één en ander wordt aan de hand van voorbeelden uitgewerkt.

De auteur concludeert dat er in de relatie tussen huisarts en specialist sprake is van zowel complementariteit als competitie en is daarbij somber gestemd over de mogelijkheden van *substitutie* tussen huisarts en specialist. Daarbij is het een taak van de huisartsen zelf om inhoud te geven aan hun beroep.

LEMS, P.

De overschatten rol van de huisarts.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 8, p. 221-223. 15 ref.

NIVEL

De laatste tien jaar proberen zowel de overheid als de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeringen de rol van de huisarts te versterken om zo het aantal verwijzen naar de tweede lijn te verminderen. Dit substitutiebeleid berust op de vooronderstelling dat huisartsen via het aantal verwijzingen bepalen wat en hoeveel er in de tweedelijsgezondheidszorg gebeurt: minder verwijzen zou ontlasting van de tweede lijn inhouden, waardoor op die tweede lijn zou kunnen worden bezuinigd. Die vooronderstelling is loos; in dit artikel wordt betoogd dat niet de eerste lijn bepaalt wat en hoeveel er gebeurt in de tweede lijn, maar dat omgekeerd de tweede lijn uitmaakt wat er in de eerste lijn gebeurt; het centrale argument is dat de huisarts geen concurrent maar complement van de specialist is. (bewerkt aut. ref.)

MEER, K. VAN DER, SMITH, R.J.A.

Beroerte: opname in het ziekenhuis? Overwegingen van huisartsen rond de vraag waar patiënten met een beroerte verzorgd moeten worden.

In: Een huisarts wel-beschouwd: huisartsgeneeskundige opstellen ter gelegenheid van het afscheid van prof.dr. Geert Jacob Bremer. Schure, L.M., Wachters-Kaufmann, Meyboom-De Jong, B., Hoekstra, G.R. (red.), Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1989, p. 39-46. 14 lit. opgn.

NIVEL B 2244

Het beloop van een cerebrovasculair accident kan globaal in drie fasen (*acute fase, herstelfase, stabiele fase*) ingedeeld worden. De problemen in deze drie fasen blijken divers en omvangrijk te zijn, zowel voor de patiënt en zijn omgeving als voor de huisarts. In deze bijdrage wordt nader ingegaan op een aantal problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt bij een patiënt in de acute fase van een CVA. Het blijkt dat in Nederland niet alle patiënten met een beroerte worden opgenomen; de factoren die van belang zijn bij de afweging of een bepaalde patiënt moet worden opgenomen zijn: leeftijd, toestand van de patiënt voor het CVA, de verzorgingsmogelijkheden thuis en de wensen van de patiënt en zijn omgeving. De beslissing wel of geen opname wordt vooral bepaald door de inschatting van de huisarts omtrent de medische noodzaak; de aanwezigheid van ernstige uitvalverschijnselen is hierbij een belangrijke reden. Daarnaast weegt de verzorgingslast mee in het besluitvormingsproces van de huisarts.

MELKER, R.A. DE

De onderschatting van de rol van de huisarts.

Medisch Contact; 40, 1985, no. 19, p. 585-588. 13 lit. opgn.

NIVEL

Reactie op een (eveneens in deze bibliografie opgenomen) artikel van LEMS, waarin het echec van de substitutiedoctrine wordt beleden. De auteur stelt dat hoewel de cijfers LEMS gelijk lijken te geven zijn visie een simplistisch karakter heeft. Drie vragen zijn in het kader van het probleem van substitutie van belang:

- in hoeverre is substitutie gewenst? Substitutie lijkt zinvol op grond van kwantitatief-economische en kwalitatieve overwegingen;
- in hoeverre is substitutie mogelijk? Er is sprake van een kentering in de voorkeuren van patiënten ten gunste van de thuiszorg en ten nadele van de intramurale zorg;
- hoe kan substitutie concreet vorm krijgen? Wil substitutie een redelijke kans van slagen hebben, dan moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan:
 - het bevorderen van de deskundigheid van de huisarts;
 - het uitwerken van een honorerings- en financieringsstructuur, die de zelfwerkzaamheid van de huisarts stimuleert;

- het afstemmen van de ziekenhuiszorg op de behoefte binnen de eerste lijn.

De voorwaarden worden nader uitgewerkt en ingevuld.

De auteur besluit met de opmerking dat een beleid gericht op substitutie van zorg wel degelijk realistisch en haalbaar is; het is geen eenvoudig probleem en er moet aan een groot aantal voorwaarden worden, waarbij een attitude verandering van huisartsen onontbeerlijk is.

NIJHUIS, H.J.

De relatie huisarts-specialist: naar een nieuwe manier van verwijzen.

Medisch Contact; 36, 1981, no. 52, p. 1617-1619. 15 noten.

NIVEL

Wil er verandering c.q. groei komen in de relatie huisarts-specialist, in het bijzonder met betrekking tot het verwijzen, dan zal de huisarts initiatieven moeten ontplooiën die gericht zijn op een versterking van het gevoel van eigenwaarde, op een open en directe communicatie met de specialist en op het maken van spelregels. Uitgangspunt van de gepropageerde manier van verwijzen moet zijn, dat de huisarts zich presenteert als de centrale figuur in de begeleiding van de patiënt. (aut. ref.)

AUTEURSINDEX

A

ARNOU, P.G. 50, 54
AVONTS, D. 1

B

BAALMAN, V.F.J. 82
BEEK, M. 1, 3, 15, 25-27
BEERTHUIZEN, R.J.C.M. 82
BELEIDSNOTA 1
BEMMEL, J.H. VAN 55
BERKESTIJN, TH.M.G. VAN 66
BEUGELING, A. 33
BEUSEKOM, J.A.H. VAN 33
BEUSMANS, G.H.M.I. 57
BIEWINGA, J.H. 82
BIJEENKOMST 15
BOENINK, A. 2
BOON, M. 8
BOON, P.J.S. 53
BOOT, J.M. 88
BOOTS, J. 16
BOOTS, J.M.J. 16
BRANGER, P. 55
BRANGER, P.J. 50-52
BREMER, G.J. 34
BROUWER, H. 28
BUCHEM, G. VAN 15
BUIJS, J. 8
BUIJS, S. 66
BUWALDA, J. 37, 58
BUWALDA, J.D. 65, 66

C

CASPARIE, A.F. 43, 59, 82
CENSE, W.H. 66
COMMISSIE MEDISCH-SPECIALISTISCHE
HULP 3
CREBOLDER, H.F.J.M. 66
CREMERS, A.G.P. 82
CUISINIER, M.C.J. 59, 60

D

DEBAENE, L. 1
DIJK, J. VAN 34
DISTRICTSCOMMISSIE DELFT
WESTLAND OOSTLAND DWO 77
DOELEMAN, F. 35, 36
DOKTER, H.J. 60, 74, 79, 83, 84
DOLS, J.L.S. 52
DOOREN, F.P.J. VAN 34

DOPHEIDE, J.P. 63, 80
DUBOIS, V.E. 66
DUISTERHOUT, J.S. 50, 51, 52
DUURSMA, S.A. 60

E

EGBERTS, G.W. 37
EIJK, J. VAN 1, 3, 15, 25-27
EIJK, J.TH.M. VAN 59
ELBERGSE, W.P. 66
ELIAS, J. 60
EMMERIK, IJ.H. VAN 61
ENGELSMAN, C. 4, 5
ES, J.C. VAN 6, 8, 82
EVERZWIJN, S.E.M. 17

F

FOETS, M. 40
FRANSEN, H. 8

G

GAYMANS, J.B. 66
GEERLING, J. 33
GERRITSMA, J.G.M. 17
GIFFEN, H. VAN 37
GIJZEMAN, J. 66
GILL, K. 19, 62
GREEP, J.M. 82
GREVE, W.B. DE 63-65
GRUNDMEIJER, H. 8

H

HAAFTEN, K.L. VAN 63
HAGEMAN, H.J. 37
HASMAN, A. 53, 54
HAVE, J. TEN 37, 58
HAVE, J.J.I.M. TEN 38, 65, 66
HECKMAN, J. 66
HELL, R.J. VAN DER 19, 21
HENDRIKS, J.P.M. 55, 82
HENNINK, M.P. 81
HEYRMAN, J. 3
HINGSTMAN, L. 5
HOECK, K. VAN 3
HOEFNAGELS, K.L.J. 6
HUYGEN, F.J.H. 82
HUYNEN, L. 15

J

JACOBS, H.M. 6, 19, 21, 67, 68

JAGER, S. DE	42
JANSEN, T.	85
JASPERS, J.	7
JASPERS, N.	15
JONG, D. DE	61
JONG, N. DE	66
JONGERIUS, J.A.C.	68
JOOSSENS, J.V	6

K

KEIJRSERS, L.L.J.M.	39, 45
KERSTEN, T.J.J.M.T.	12, 32, 40, 41, 49, 85, 87
KESTEREN, A.C.A. VAN	54
KLEINLOOG, D.	54
KLINKENBERG, T. VAN DE	8
KLOP, R.	41, 42
KLOSSE, J.A.	82
KNOTTNERUS, A.	2
KNOTTNERUS, J.A.	21
KOLKER, L.	38, 66
KOLKMAN, H.	42, 69-71, 88
KOLKMAN, H.H.E.	71
KONING GANS, H. DE	15
KONING GANS, H.J. DE	39
KONING, A. DE	85
KUYVENHOVEN, M.M.	88

L

LAFFREE, C.R.J.	66
LAGRO, A.J.M.H.	6
LAGRO-JANSSSEN, A.L.M.	76
LAGRO-JANSSSEN, T.	72
LAMBERTS, H.	7, 89
LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING	73
LANGERAK, N.H.	66
LAUW, R.	15
LEFFERS, P.	21
LEMS, P.	90
LODEWICK, L.	73, 81
LOOS, J.	15
LOOT, A.	85

M

MAERTZDORF, W.	15
MANDEMA, E.	6
MEER, K. VAN DER	90
MELKER, R.A. DE	6, 17, 21, 67, 68, 88, 91
MEYBOOM, W.A.	37, 43
MULDER, A.W.	66
MULDER, J.D.	73
MULLER, H.	15

MULLER, H.K.	44
--------------	----

N

NIJHOUT, F.P.	22
NIJHUIS, H.J.	92
NJOO, K.H.	74, 79

O

OLTHUIS, G.	6
OOYEN, B. VAN	85

P

PETERS, F.	34
PETERS, J.H.	63, 75
POELS, E.F.J.	76
POP, P.	15, 44, 45
POST, D.	77

R

RAALTE, B. VAN	8
REGIONALE COMMISSIE GEZONDHEIDSZORG	77
REYNDERS, F.L.	79
RIEGEN, E.J.A.	6
RIEWALD, M.	4, 5
RIJK, C. DE	46, 79
RIJSHOUWER, Y.	85
ROOS, W.F. DE	52
RUTGERS, M.J.	23, 25
RUTTEN, G.	1, 3, 15, 25-27

S

SCHADÉ, E.	9, 28
SCHAYCK, C.P. VAN	29
SCHIPPER, R.M.	80
SCHUDEL, B.R.	55
SCHURINGA-BOER, W.J.	63
SIJTSMA, C.	8
SIPS, A.J.B.I.	9
SIXMA, H.	5, 10
SLUITER, H.J.	30
SMAL, J.A.	17
SMIT, D.J. DE	47
SMITH, R.J.A.	90
SOETERS, P.	15
SPRANGENBERG, F.	60, 63
SPREEUWENBERG, C.	30
SPREIJ, W.	8
STAVEREN, G. VAN	30
STOKX, L.	12
STOKX, L.J.	32
SUURMEIJER, TH.P.B.M.	4
SWINKELS, M.A.A.	63, 80, 81
SYMPOSIUM	82

SYROIT, J. 34

T

THEUNISSEN, I. 79

TIMS-POLDERMAN, C.A.J. 19

TOUW-OTTEN, F.W.M.M. 6, 67, 68

U

UIT 48

V

VEDER-SMIT, E. 66

VELDEN, J. VAN DER 12

VELZEN, C. VAN 79

VENROOIJ, M.H. VAN 59

VERBAARSCHOT-BOCKWEG, H. 82

VERBOOG, E. 55

VERDENIUS, W. 66

VERHAGE-SPLIET, C.M.TH. 41, 48, 49

VETH, A.F.L. 55

VISSER, J. 5

VISSERS, J. 70

VISSERS, J.M.H. 82

VOORT, C. VAN DE 69, 71

VOORT, P.C.H. VAN DE 71

VORST, F.A. 6

VORST-THIJSSSEN, T. 5

VOS, P. DE 2

VRAKKING, W.J. 63, 64

WEEL, C. VAN 29

WEERTS, J.P.M. 19

WEIJERS, S.C. 55

WERFF, A.J. VAN DER 8

WIERDA, L. 8

WIJMEN, F.C.B. VAN 41, 42

WILSON, J.H.P. 55

Wouden, J.C. van der 33, 60, 74,
79, 83, 84

WOUTERLOOD-VAN CLEEFF, I.E. 74

Z

ZANDT, A.C.M. VAN DE 66

ZUTPHEN, W. VAN 16

ZUTPHEN, W.M. VAN 13

TREFWOORDENINDEX

A

adviezen 65
 advisering 38
 afstemming werkgebieden 87
 amw 5
 apothekers 51, 52
 arts-patiënt relatie 37
 attitude 3, 13, 16, 19, 21, 25,
 34, 40, 41, 60, 69, 74, 88, 89, 92

B

behandeling 2, 26, 29
 beleid 66, 73, 90, 91
 bereikbaarheid 22
 berichtgeving 37, 73
 beroepsorganisatie 73
 beroepsuitoefening 17
 besliskunde 9, 17, 90
 budgettering 3

C

cara 1, 28-30, 80
 casuïstiek 4
 chemotherapie 4, 5
 chirurgie 26, 61, 88
 chronische patiënten 26
 communicatie 3, 9, 15, 19, 30, 32,
 34, 40, 57, 58, 63, 66, 68,
 73, 76, 77, 83, 88, 92
 concurrentie 5
 congressen 8, 15, 45, 55, 62,
 81, 82
 consultaties 19, 38, 45, 47-48,
 76, 80
 consultkaart 48
 continuïteit 4, 5, 12
 continuïteit van de zorg 4, 41, 42, 55
 coördinatie 51
 cva 90
 czk's 5

D

deskundigheid 21
 deskundigheidsbevordering 1
 diabetes mellitus 26
 diagnostiek 2, 17, 21, 25, 26,
 28, 30, 32
 diagnostisch centrum 57
 diagnostische faciliteiten 51, 52, 63, 75

E

ehbo 5, 10, 26, 77
 epilepsie 12, 23, 25, 32
 evaluaties 55
 experiment 39
 experimenten 44, 46, 61

F

financiering 3
 functie-analyse 16
 gezondheidszorgbeleid 55
 gynaecologen 26

H

handleidingen 66
 honorering 3
 huidziekten 25
 huisartsen 4, 5, 13, 26, 30,
 80, 87
 hulpvraag 28

I

informatica 53
 informatiesystemen 53
 informatieverzorging 53
 informatiewetenschap 51, 52
 innovatie 8
 interne geneeskunde 88
 internisten 3, 17, 35

K

kanker 5, 9, 59, 60, 74,
 79, 82-84
 kinderen 47
 knelpunten 6, 60, 77, 79, 83, 84
 knelpunten-analyse 35, 36, 81
 kwaliteit van de zorg 10, 67, 68

L

laboratoria 52
 laboratoriumonderzoek 52
 longartsen 26

M

maatschappelijk werk 82
 medical audit 73
 medicalisering 7
 medisch beleid 9
 methodologie 17

N	
nascholing	25, 47
nazorg	40, 79
O	
oncologie	46, 79
ondersteuning	60
ontslag	33
ontslagbrief	33
opleiding	28
organisatie	65
organisatiestructuur	77
organisatorische aspecten	60
organisatorische context	22, 28
overheidsbeleid	63, 70
P	
patiëntenbesprekingen	46, 79
patiëntenparticipatie	85
patiëntensimulatie	17
patiëntentevredenheid	10
polikliniek	5, 41
projecten	19, 50-52, 74, 80
protocollen	6, 9, 15, 47, 59, 61, 66, 73, 80
psychologen	5
psychosociale hulpverlening	9
R	
relatie elgz-tlgz	1, 50, 82, 85, 87, 90
S	
samenhang	70, 82
samenwerking	1, 3, 4, 6-8, 15, 16, 19, 30, 33, 34, 37, 39-47, 77, 82, 88
samenwerking elgz-tlgz	6
samenwerkingsmodellen	60
simulatie	17
slecht nieuws gesprekken	37
specialisten	4, 87
standaardisering	33
status	34
substitutie	7, 15, 41, 42, 66, 75, 90, 91
T	
taakafbakening	6, 15, 25, 26, 35, 46, 58, 76, 87, 89
taakinhoud	19
taakopvatting	6, 9, 13, 69, 90
taakverdeling	79
takenpakket	13, 26, 90
telecommunicatie	54
terminale zorg	
thuiszorg	28, 66
toetsing	47, 59
V	
verloskundigen	5
verpleegkundigen	4
verwijsbrieven	33, 34, 41, 48, 49
verwijsgedrag	21, 67
verwijzen	7, 8, 10, 19, 22, 25, 34, 45, 48, 63, 71, 77, 85, 88-92
werkafspraken	37, 57, 66
werkwijzen	30, 60
wijkverpleegkundigen	4, 5
Z	
zelfzorg	26
ziekenhuis	70, 82
ziekenhuisopname	90
ziekenhuisspecialisten	80
ziekenhuizen	22, 40, 42, 63-65, 75, 88
ziektekostenverzekeraars	51
zorgconcept	28

Bronnen en adressen:

KUN

Katholieke Universiteit Nijmegen
Erasmuslaan 36
6525 GG NIJMEGEN
tel.: 080-512440

LCGVO

Landelijk Centrum Dienstverlening GVO
Da Costakade 45
Postbus 5104
3502 JC UTRECHT
TEL.: 030-910244

NIVEL

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

UB RUU

Universiteitsbibliotheek Rijksuniversiteit Utrecht
Wittevrouwenstraat 7-11
Postbus 16007
3500 DA UTRECHT
tel.: 030-392500

UHI

Utrechts Huisartsgeneeskundig Instituut
Bijlhouwerstraat 6
3511 ZC UTRECHT
tel.: 030-331123

WVC

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Sir Winston Churchillaan 362
2280 HK RIJSWIJK
tel.: 070-949233

In de reeks NIVEL-bibliografieën zijn reeds verschenen:

- WILLEMSSEN, R.** Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, nr. 1
- LEEuw, A.K. DE.** Ouderen (I, II). 1986, nr. 2 en 3
- WILLEMSSEN, R.** Relatie eerste en tweede lijn. 1986, nr. 4
- LEEuw, A.K. DE.** De apotheker. 1986, nr. 5
- VELDE, A. VAN DER.** Alternatieve geneeswijzen. 1986, nr. 6
- KUIJLEN, H.** Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, nr. 7
- LEEuw, A.K. DE,
A. VOS.** Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, nr. 8
- WIEMAN, F.** Zelfzorg en mantelzorg. 1986, nr. 9
- KUIJLEN, H.** Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, nr. 10.
- DIJKHUIS, K.** De fysiotherapeut. 1986, nr. 11
- LEEuw, A.K. DE.** De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, nr. 12
- HEIJDEN, P. VAN DER.** Technology assessment. 1987, nr. 13
- WIEMAN, F.** Live events. 1987, nr. 14
- DIJKHUIS, K.** De diëtist. 1987, nr. 15
- HEIJDEN, P. VAN DER.** Logopedisten. 1987, nr. 16
- WIEMAN, F.** Verzekeringstelsel en medische consumptie. 1988, nr. 17
- HEIJDEN, P. VAN DER.** Patiëntenrechten. 1988, nr. 18
- WIEMAN, F.** Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, nr. 19
- DIJKHUIS, K.** Wijkverpleging in het buitenland. 1988, nr. 20
- CAMPEN, C. VAN,
E.M. SLUJS.** Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, nr. 21
- RENGELINK-
VAN DER LEE, J.H.,
A. DE MOL-
VAN DER VELDE.** Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, nr. 22
- SCHRIJNEMAEKERS, V.** De psychologie en de eerstelijns. 1989, nr. 23

- GOOSSENS, J.M.A.W. Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, nr. 24.
- LEEuw, A.K. DE. Algemeen maatschappelijk werk. 1990, nr. 25
- HEIJDEN, P. VAN DER. Sociaal-economische status en gezondheid. 1990, nr. 26
- CAMPEN, C. VAN. Evaluatie thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, nr. 27
- HOOGEN, H. VAN DEN,
T. DE MAAGT,
J.H. RENGELINK-
VAN DER LEE. Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, 28
- CAMPEN, C. VAN. Community nursing. 1989, nr. 29
- KUIJLEN, J.A.J.,
F.G. SCHELLEVIS. De zorg voor chronisch zieken, 1990, nr. 30
- KRUIJTHOF, W.H. Psychogeriatric en eerstelijnszorg, 1990, nr. 31
- KUIJLEN, J.A.J.,
L. STOKX. De relatie tussen huisarts en specialist: wie krijgt de rekening?, 1990,
nr. 32