

BIBLIOGRAFIE

RELATIE EERSTE EN TWEEDE LIJN

 NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Samenstelling: R. Willemsen

juni 1986

De bibliografie "Relatie eerste en tweede lijn" is een publicatie die deel uitmaakt van een serie van maandelijkse uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Drieharingstraat 26, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, telefoon: 030 - 319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
GEBRUIKSAANWIJZING	8
1 SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST	9
2 TAAKAFBAKENING EN TAAKOPVATTING HUISARTS EN SPECIALIST	50
3 DIAGNOSTISCHE FACILITEITEN; CONSULTATIE; VERWIJZEN	78
4 NAZORG/CONTINUITEIT VAN ZORG	119
AUTEURS INDEX	147
BRONNEN: adressen	154

INLEIDING

In 1870 komt de verhouding huisarts en specialist voor het eerst ter sprake naar aanleiding van de consultatieve praktijk van de medische hoogleraren. In 1865 was wettelijk eenheid ontstaan in de opleiding van de artsen in Nederland. Deze uniforme opleiding heeft tot op zekere hoogte zelf bijgedragen tot specialisering. De medische hoogleraren moesten zich duidelijk gaan manifesteren in de verschillende 'vakken' die zij doceerden. In feite waren deze hoogleraren al specialisten.

Sindsdien zijn de verhoudingen in de Nederlandse artsenwereld sterk veranderd. De toenemende kennis en toepassingen, de vaardigheid in het bedienen van apparaten, van technieken, van interpretatie was al spoedig niet meer door ~~een~~ mens te omvatten. De noodzaak dwong kwalitatief en kwantitatief tot een taakverdeling binnen de medische wetenschap. De artsenstand differentieerde zich vanuit het eerste echelon in deskundigen op anatomisch bepaalde deelgebieden. Over wat bij die splitsing verloren gaat breekt de specialist zich niet het hoofd, hij laat de huisarts achter bij het ziekbed met een ondankbare taak.

Vanaf 1900 is er sprake van een onrust onder de huisartsen die verband houdt met de uitoefening en de toekomst van hun beroep. Vanaf de dertiger jaren, in 1931, werd de specialisering formeel door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde geregeld, voltrekt zich de toespitsing van de specialisatie. Vooral na de tweede wereldoorlog is het verloop onder huisartsen onrustbarend. In 1890 werd op 83.300 inwoners ~~een~~ specialist gevonden, en bedroeg het aantal inwoners per huisarts 2.520. Op 1 januari 1985 vinden we voor ~~een~~ specialist 1.340 en voor ~~een~~ huisarts 2.450 inwoners!

In de zestiger jaren hervinden de huisartsen hun zelfvertrouwen en van allerlei zijden wordt hun taak, als eerste echelon, met nadruk erkend. Deze ommekeer hangt zeker samen met teleurstellingen in de ver-

wachtingen en de mogelijkheden van de specialistische en superspecialistische geneeskunde. Dit staat tenminste te lezen in de verklaring van Woudschouten, de "geloofsbelijdenis" van het in 1958 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap. Hierin wordt de taak van de huisarts als zorg omschreven, niet als uitoefening van medische macht: het accent van zijn taak verschuift sindsdien van "cure" naar "care".

De vraag doet zich voor of de situatie die in de loop van enkele tientallen jaren is gegroeid, grondig kan worden veranderd. Structureel kan de huidige samenwerking van huisarts en specialist, waar we ons in deze bibliografie in hoofdzaak tot beperken, worden gekenmerkt als een functioneren in gescheiden compartimenten die slechts door de verwijs- en ontslagbrief met elkaar zijn verbonden. Bij een goede taakverdeling zouden huisarts en specialist complementaire rollen moeten vervullen. Complementariteit is echter alleen mogelijk als beiden het eens zijn over de eigen rol en die van de ander. Deze beelden kunnen nogal uiteenlopen, met alle mogelijke variaties tussen de huisarts als leverancier van patiënten voor de specialist en de specialist als technisch assistent van de huisarts. Een goede samenwerking, die niet die samenwerking sec tot doel heeft, maar een optimale taakverdeling tussen huisarts en specialist, en a fortiori tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, is echter pas mogelijk als de rolverdeling wederzijds wordt aanvaard.

Huisarts en specialist kunnen het hier moeilijk over eens worden. Het samenwerkingsexperiment in Hoogeveen liep uiteindelijk stuk op het verschil van inzicht in de taakafbakening van het grijze medische gebied, waarbinnen huisarts en specialist niet complementair maar concurrerend zijn. Een groot deel hiervan is te verklaren door de opdracht die huisarts en specialist zichzelf stellen: de huisarts wil een mogelijke ziekte aantonen, een specialist wil deze uitsluiten.

De vraag hoever men in zijn diagnostisch handelen moet gaan wordt vooral bepaald door het vertrekpunt dat men kiest. De huisarts zal daarom vaak genoegen nemen met een minder vergaand onderzoek dan de specialist, die bovendien in de verleiding komt de indicatie voor

modern diagnostisch onderzoek steeds verder te verruimen: de beschikbaarheid bepaalt mede de indicatie. Het is begrijpelijk dat binnen specialismen en binnen de huisartsgeneeskunde al snel uiteenlopende tradities ontstaan, die grondig van elkaar kunnen verschillen. De beoogde complementariteit van huisarts en specialist wordt daardoor in veel gevallen een illusie. De grijze zone tussen huisartsgeneeskunde en specialisme wordt daardoor een niemandsland dat van beide kanten op de ander wordt bevochten.

De indeling van deze bibliografie volgt in hoofdlijnen de indeling die Dopheide in zijn bijdrage aan de "Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns" toepast. Inhoudelijk wordt er in deze bibliografie meer aandacht besteed aan wat oudere (vooral grijze) literatuur. Qua structuur is er weinig verschil.

In het eerste hoofdstuk komt de meer algemene literatuur aan de orde over de relatie huisarts-specialist: beschouwingen over verschillende vormen van overleg, samenwerkingsverbanden, cursussen, verklaringstheorieën etc..

In hoofdstuk twee wordt nader ingegaan op de taakafbakening en taakopvatting van huisarts en specialist waarbij de samenwerking en raakvlakken tussen het horizontale generalisme van de huisarts en het verticale specialisme van de specialist in de praktijk, naar voren komt.

Hoofdstuk drie wijkt enigszins af van de indeling van Dopheide. Besteedt hij vooral veel aandacht aan het fenomeen verwijzen als zijnde beleidsmatig een onverbreekelijk deel van "samenwerking huisarts-specialist", in dit hoofdstuk is literatuur over verwijzen alleen opgenomen voorzover het direct verband houdt met de onderwerpen diagnostische faciliteiten en consultatie. Literatuur over factoren die van invloed zijn op het verwijzen van de huisarts komt aan de orde in de bibliografie over de huisarts. Deze verschijnt eind november 1986.

Hoofdstuk vier tenslotte heeft als titel "Nazorg en continuïteit van de zorg" meegekregen. In dit zorgveld speelt de wijkverpleging een belangrijke rol als uitvoerder. Problemen doen zich vooral voor in de com-

municatielijnen tussen enerzijds ziekenhuis, i.c. de specialist, en huisarts, en anderzijds tussen ziekenhuisverpleging vs. wijkverpleging, maatschappelijk werk. Het aanstellen van nazorgfunctionarissen is een poging om daar verbetering in aan te brengen. Uit de jaarverslagen van de verschillende kruisverenigingen blijkt dat het effect (nog) niet spectaculair te noemen valt. De loopgraven worden nog steeds zwaar verdedigd.

LITERATUUR

Bremer, G.J.

Het verwijzen in de huisartspraktijk/G.J. Bremer.- Assen: Van Gorcum, 1964

Dopheide, J.P.

Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg/J.P. Dopheide.- In: Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns, onder redactie van E.M. Sluijs, J.P. Dopheide en J. van der Zee.- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1985.- p. 401-444

Es, J.C. van

Huisarts en kinderarts: scheidingsvlak raakvlak?/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 3, 1986, p. 81-86

Metz, W.

De relatie specialist-huisarts/W. Metz.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 22, 1974, p. 709-714

GEBRUIKSAANWIJZING BIJ DE BIBLIOGRAFIE

De indeling in 4 hoofdstukken laat niet toe dat publicaties eenduidig 'geplaatst' kunnen worden. Selectie en keuze heeft plaats gevonden aan de hand van de inhoudelijke kern van het geschrevene. In een enkel geval is een publicatie tweemaal opgenomen met een verschillende samenvatting. Daarnaast wordt er 'intern verwezen' naar publicaties van dezelfde schrijver of over hetzelfde onderwerp. Bovendien wordt er verwezen naar, merendeels, tijdschriftartikelen die hetzelfde onderwerp als in de bijbehorende titel behandelen.

Onder de titelbeschrijvingen staan afkortingen van namen van instellingen. Dit betekent dat het boek, rapport of tijdschrift in het bezit is van onder andere deze instelling(en). Achterin vindt u de volledige naam en adressering.

De organisatie die onderstreept is heeft zorg gedragen voor het referaat. Staat er ~~een~~ naam onder de titelbeschrijving dan wil dit zeggen dat de betreffende instelling zowel in het bezit is van de literatuur en het referaat heeft verzorgd.

Om het zoeken op auteur te vergemakkelijken is een alfabetische auteursindex samengesteld met daarachter de publicatienummers. Naast schrijvers zijn hierin opgenomen: geïnterviewden, sprekers van bijvoorbeeld symposia en instellingen.

1. SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST

1

Albeda, B.L. van

Huisarts en ziekenhuis/B.L. van Albeda.- Winschoten: s.n., 1979.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1978/1979

nivel

Uitgaande van de zienswijze dat een ziekenhuis en huisarts zonder patiënten niet kunnen functioneren wordt het onderwerp "huisarts en ziekenhuis" geïnterpreteerd als 'patiënt, huisarts en ziekenhuis'. Gepleit wordt:

- om in de mens meer te zien dan een verzameling organen die ontregeld kunnen raken;
- om in de opleiding tot arts meer aandacht te besteden aan de financiële consequenties op macroniveau van het medisch handelen;
- om een experiment te starten met een andere honoreringsstructuur voor de huisarts;
- om meer groepsoverleg te plegen met andere werkers in het eerste en tweedeechelon, waardoor praktijkverkleining nodig wordt en vestiging van jonge artsen mogelijk;
- om besprekingen met de huisarts ook in het ziekenhuis met de daarbij betrokkenen te laten plaatsvinden, waarbij de directeur-geneesheer als coördinator zou kunnen optreden.

2

Boertje, A.L.

Integratie van eerste- en tweedelijns gezondheidszorg: consequenties voor het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen/A.L. Boertje.- Hoogeveen: s.n., 1977.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid

Bestuur en directie van het ziekenhuis Bethesda hebben sinds 1964 een beleid gevoerd, dat onder meer was gericht op versterking van de eerste-

lijnsgezondheidszorg en integratie van intra- en extramurale gezondheidszorg. Dit beleid werd ontvouwd in een in 1965 opgestelde nota, die leidde tot de instelling van de Kerncommissie Welzijnsplan Z.W.-Drenthe, waarin waren vertegenwoordigd de intramurale zorg, de huisartsen en het maatschappelijk werk.

Dit heeft geleid tot de volgende resultaten:

- de extramurale zorg werkt sterk samen;
- het aantal door de huisartsen direct naar het klinisch laboratorium verwezen patiënten steeg in jaar tot circa 5.000 patiënten per jaar;
- het aantal door de huisartsen direct naar de röntgenafdeling verwezen patiënten steeg in 4jaar tot circa 2.500 patiënten per jaar;
- het totaal aantal poli-consulten liep terug van circa 64.000 in 1972 tot circa 50.000 in 1976;
- de gemiddelde verpleegduur (exclusief psychiatrie) liep terug van 15,5 dagen in 1972 tot 14,3 dagen in 1976;
- de bezetting van de kliniek is teruggelopen van 90% in 1972 tot circa 81% in 1976;
- in deze situatie is het aantal specialisten in dienstverband steeds toegenomen.

In 1974 blijkt met het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg het in Bethesda gevoerde beleid te worden bevestigd.

3

Bogaartz, W.L.I.

Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdverschijnsel?/W.L.I. Bogaartz.- Huisarts en Praktijk; no. 8, 1984, p. 26-30.- supplement bij Huisarts en Wetenschap; jrg. 27, no. 10, 1984
niveau

De auteur verdedigt het standpunt dat een goede praktijkvoering het beste in een solo-praktijk is te realiseren. De solist dient dan wel de juiste attitude te hebben, goed geoutilleerd te zijn en de beschikking te hebben over adequate praktijkassistentie. De toename van het aantal groepsverband-

artsen ziet hij dan ook niet als de methode om (nog) betere huisartsen te krijgen.

Samenwerking met specialisten is daarbij vanzelfsprekend en ook noodzakelijk. Belemmeringen voor een optimale samenwerking worden onderscheiden in persoons-, professie- en systeemgebonden belemmeringen. De toegang tot het tweede echelon bestaat meestal uit een verwijzing door de huisarts. Om op een verantwoorde wijze een laag verwijzingspercentage te krijgen, is het gebruik van diagnostische hulpmiddelen noodzakelijk. Men kan zo komen tot een optimale persoonlijke hulpverlening en een tegenwicht vormen ten opzichte van de specialistische geneeskunde die neigt tot een elektronisch beheerst en machine-gericht handelen.

Het streven van de LHV om binnen ~~een~~ huisartsgroep slechts met ~~een~~ specialist van een bepaalde discipline te laten samenwerken is eerder een nadeel dan een voordeel. Waar het om gaat, is dat er goede contacten bestaan tussen eerste en tweede echelon. Een nauw gestructureerde samenwerking tussen huisartsen en specialisten is niet nodig.

4

Brand, H.J.

Huisartsen en specialisten in gesprek over samenwerking/H.J. Brand.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 32, 1974, p. 1035-1038.- uit de serie Huisarts en specialist XIV
niveau

Verslag van twee (Warffum) bijscholingscursussen van de Apeldoornse huisartsen en hun collega's-specialisten uit de regio.

Slotconclusie: de pogingen die thans op verschillende plaatsen in ons land worden gedaan om het gesprek tussen huisartsen en specialisten op gang te brengen, wijzen op het begin van een veranderingsproces dat is gericht op een verbeterde samenwerking tussen deze twee categorieën artsen. Het lijkt zinvol dit proces te bevorderen doch er gelijktijdig rekening mee te houden dat er in dit

stadium slechts weinig opvallende veranderingen zullen plaatsvinden. Zoals in elk veranderingsproces, zullen er veel weerstanden tegen de nagestreefde verandering optreden. Het lijkt de schrijver van belang na te gaan, in hoeverre deze weerstanden mentaal en/of structureel bepaald zijn.

5

Concept-(Deel)advies

Concept-(Deel)advies inzake de relatie van de eerste-lijns met de tweedelijns gezondheidszorg/Commissie Eerstelijns Gezondheidszorg.- Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1982

nivel

Daar de samenwerking tussen de eerste en tweedelijnsgezondheidszorg in overwegende mate wordt bepaald door de relatie huisarts-specialist, worden vooral de daarmee verband houdende aandachtsvelden besproken. Getracht is deze beperkte aandachtsvelden zo goed mogelijk concreet uit te werken zowel naar de hulpverleners als naar het beleid toe. Aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van:

- structurele en financiële voorwaarden;
- niet-structurele voorwaarden;
- consultatie en verwijzing;
- de bijdrage van de eerstelijns in het ziekenhuis;
- de ontslagprocedure en de nazorg;
- experimenten en verder onderzoek.

6

Courtens, N.G.M.

Samenwerking tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg/N.G.M. Courtens.- Maastricht: s.n., 1979.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1978-1979

nivel

Uitgaande van de stelling dat samenwerking in de gezondheidszorg noodzakelijk is, wordt getracht aan te geven welke zaken geregeld moeten worden wil men tot een adequate samenwerking komen.

Cruciaal blijkt een noodzakelijke mentaliteitsver-

andering in de tweede lijn te zijn om de standpunten van de eerste en de tweede lijn dichter bij elkaar te kunnen brengen.

De huisarts zoekt naar mogelijkheden om ook in de intramurale zorg te kunnen participeren. Daartoe moet de zo volkomen anders denkende en werkende tweede lijn benaderd en "rijp" gemaakt worden. Daarbij is het niet onmogelijk dat de overheidsinmenging in de gezondheidszorg versnellend zal werken op bovengenoemd proces.

7

Cremers, A.G.P.

Eendagsverpleging: avontuur of bijdrage tot integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg/A.G.P. Cremers.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 29, 1979, p. 939-940

nivel

Bijdrage op het symposium 'Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn'.

Het systeem van eendagsverpleging zal in zijn toekomstige ontwikkelingen grote invloed gaan uitoefenen op de belasting van de eerstelijnsgezondheidszorg. Eendagsverpleging is een realiteit die zowel door specialist als patiënt wordt geaccepteerd, mits op verantwoorde wijze toegepast. Als men streeft naar doelmatig gebruik van ziekenhuisaccommodatie, ligt in ~~een~~ lijn met eendagsverpleging: het vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij wordt een aanzienlijk beroep gedaan op de eerstelijns hulp. Deze werkwijze, die een nieuw evenwicht vraagt tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, is volkomen in overeenstemming met de doelstellingen van het diagnostisch centrum. Waar het diagnostisch centrum poogt de vraag naar klinische hulpverlening te beperken, is vroegtijdig ontslag en thuisverpleging erop gericht facultatieve verpleegdagen in het ziekenhuis over te hevelen naar het werkgebied in de eerstelijns. Uit deze overheveling resulteert een beperking van het klinisch systeem. Het ziekenhuis concentreert zich op

de strikt ziekenhuisgebonden patiënten en mag daarvoor dan ook wel opperbest zijn uitgerust en georganiseerd.

8

Does, E. van der

Samenwerking huisarts-specialist met betrekking tot de patiëntenzorg in de thans bestaande structuur der gezondheidszorg/E. van der Does.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 28, 1974, p. 914-915.- Huisarts en specialist X
niveau

In de gezondheidszorg vormt de communicatie tussen de verschillende werkers in die zorg nog een groot probleem. Niet alleen in ons land maar ook daarbuiten is juist de communicatie huisarts-specialist nog voor velerlei verbetering vatbaar. Goed samenwerken is slechts mogelijk, indien men kan vertrouwen op elkaars deskundigheid. Van de kant van de specialist uit bezien is dan een voorwaarde, dat hij de huisarts kennis en vaardigheid toekent van die ziektebeelden, die door de huisarts zouden kunnen worden behandeld en dat deze kennis en vaardigheid in het verloop van een actief huisartsenleven behouden blijven.

Beschreven worden de voorwaarden die gesteld moeten worden aan huisarts en specialist ten aanzien van de wederzijdse communicatie met daarbij de consequenties voor de praktijk.

9

Dopheide, J.P.

Samenwerking huisarts-specialist: kritische opstelling kan geen kwaad/J.P. Dopheide.- De Eerste Lijn; jrg. 8, no. 9, nov. 1983, p. 4-6
wvc, niveau

Kritische beschouwing over de samenwerking tussen huisarts en specialist. Ingegaan wordt op de verschillen tussen beide beroepsgroepen als gevolg van het grote verschil in de aard van de klachten die

huisarts en specialist krijgen aangeboden. Tegen deze achtergrond wordt nagegaan welke kansen op samenwerking er zijn, en wat voor gevolgen deze samenwerking voor een versterking van de eerste lijn zou kunnen hebben.

10

Dopheide, J.P.

Soest en Baarn samen: een onderzoek naar bestaande en gewenste samenwerkingsverbanden tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Soest en Baarn/J.P. Dopheide en J. Dronkers.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984, p. 41-52
niveau

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

11

Dopheide, J.P.

Vooronderzoek-integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen/J.P. Dopheide, G.J.M. de Cock en J.J. Witte.- Leiden: Nederlands Instituut voor

Praeventieve Gezondheidszorg, 1978; 30 cm.- dl. I
tekst, dl. II grafieken en tabellen
niveau

In de jaren vanaf 1965 heeft te Hoogeveen een proces van integratie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg plaatsgevonden. Dit rapport bevat het verslag van de eerste fase van een onderzoek, dat ten doel heeft de effecten van deze integratie te beschrijven, de bij het proces onderzonden moeilijkheden in kaart te brengen, en wegen aan te geven hoe, als de resultaten van het onderzoek daartoe aanleiding geven, de integratie naar Hoogeveens model op grotere schaal in de Nederlandse gezondheidszorg zou kunnen worden toegepast. Uit het vooronderzoek zijn - met uitzondering van de veranderingen in de verwijzpercentages van de huisartsen - geen concrete aanwijzingen naar voren gekomen welke erop wijzen dat de in Hoogeveen in gang gebrachte samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg reeds tot tastbare resultaten heeft geleid.

Anders gesteld, de kwantitatieve gegevens welke over de afgelopen jaren beschikbaar zijn, geven in het algemeen geen aanleiding de situatie in Hoogeveen als uitzonderlijk te kenschetsen.

Daarmee wil niet gezegd zijn, dat de in Hoogeveen gerealiseerde vormen van samenwerking tussen eerste- en tweede lijn niet tot de beoogde effecten kunnen leiden, maar wel, dat op dit moment geen aanwijsbare samenhang is te leggen tussen enerzijds ontwikkelingen, welke op het terrein van de gezondheidszorg in Hoogeveen in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en anderzijds de samenwerking welke tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is ontwikkeld.

12

Duursma, S.A.

Huisarts en specialist: een model voor samenwerking/S.A. Duursma.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 7, 1981, p. 183-185

nivel

Beschreven model is gebaseerd op de vorming van verzorgingseenheden binnen polikliniek en kliniek, in combinatie met een spreekuur van de huisarts in de polikliniek en een functie voor de huisarts als medebehandelend arts in de kliniek. Uitgangspunt bij het verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist is een zo goed mogelijke behandeling en begeleiding van de individuele patiënt. Daarnaast wordt de verblijfsperiode in het ziekenhuis zo kort mogelijk gehouden en de kosten van de gezondheidszorg worden in gunstige zin beïnvloed. Het tot stand brengen van de samenwerking vergt een verandering van de werkwijze van zowel huisarts als specialist.

Zie ook: D.L. Fontein, nr. 16, F.W.J. Puijlaert, nr. 60, F. van Soeren, nr. 63, nr. 64.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 26, 1981, p. 795.

13

Elias, J.

Ziekenhuisspecialist en huisarts. Een aanpak ter versterking van de onderlinge relatie/J. Elias en F. Spangenberg.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 47, 1982, p. 1512-1514

nivel

Mede naar aanleiding van het groeiend aantal onderzoeken en publicaties over het onderwerp samenwerking ziekenhuisspecialist en huisarts wordt praktische raad verschaft voor de versterking van bovengenoemde relatie.

De benadering steunt op ervaringen met een in de praktijk ontwikkeld onderzoeksmodel, waarbij selectieve inzet van externe deskundigheid in deze materie van waarde is. Het onderzoek beoogde de opvattingen en houdingen van betrokkenen op een directe en begrijpelijke manier naar voren te halen. Het omvatte in hoofdzaak vrije of diepte-interviews met huisartsen, voorafgegaan door twee exploratieve groepsdiscussies, ~~en~~ met een groep huisartsen en

één met medische specialisten uit het ziekenhuis. Externe ondersteuning blijkt, vooral in de beginfase, stimulerend en versnellend te kunnen werken. Dit geldt in het bijzonder de verbetering van organisatorische samenwerkingscondities.

14

Es, J.C. van

Patiënt, huisarts en specialist op één lijn/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 42, okt. 1984, p. 1357-1359

wvc, niveau

Voorwaarde voor een goede communicatie tussen patiënt en arts is, dat er door de huisarts goed naar de patiënt wordt geluisterd. Diens hulpvraag en probleemformulering dient door te spelen in de communicatie tussen huisarts en specialist. Zij dienen in functioneel opzicht complementair en niet concurrerend te zijn. Deze complementaire relatie moet ook structureel worden onderbouwd.

Zie ook nr. 31.

15

Es, J.C. van

Tussen eerste en tweede lijn/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 8, febr. 1985, p. 224-227

wvc, niveau

Specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde hebben zich steeds meer geïsoleerd van elkaar ontwikkeld. De laatste 10 jaar lijkt de afstand tussen huisartsen en specialisten groter geworden. Om deze afstand structureel te verkleinen is een differentiatie van de patiëntenstroom tussen eerste en tweede lijn en een daarop toegespitst beleid nodig. Voor zover het de samenwerking betreft, zou van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg uiteindelijk een organisatorische eenheid gemaakt moeten worden.

16

Fontein, D.L.

Een model voor samenwerking?: ingezonden brief/D.L. Fontein.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 13, 1981, p. 362.- Huisarts en specialist II
niveau

Reactie op artikel van Duursma (zie nr. 12). Fontein stelt dat wanneer huisarts en specialist overtuigd zijn van het nut en de noodzaak van een goede samenwerking, de mogelijkheden om dat gestalte te geven legio zijn. Het daarvoor vereiste wederzijdse respect dient echter zo ver te gaan dat men elkaar voldoende vrijheid laat om, elk op eigen wijze, zo efficiënt mogelijk te werken.

Het door Duursma voorgestelde model is wellicht geschikt voor onderzoek en opleiding, voor de algemene praktijk lijkt het dat niet. De praktische uitvoerbaarheid dient te worden betwijfeld en de genoemde voordelen: verkorting van de opnameduur en vermindering van de kosten van de gezondheidszorg, zijn geenszins bewezen.

S.A. Duursma geeft dupliek in een naschrift.

17

Fry, J.

Trends in general practice/Fry, J., ed.- London: the Royal College of general practitioners, 1979.- 191 p.: fig., tabn.; 22 cm.- XII
niveau

Korte artikelen van vooraanstaande Engelse huisartsen over trends in de huisartsgeneeskunde, de plaats en geschiedenis van de huisarts, werkwijze, de huisarts en de specialist, eerste lijn, voorschrijven, nascholing en toekomstige knelpunten op die gebieden.

18

Geurs, C.A. de

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog I/C.A. de Geus, E.C. Nix, H. Schimmel e.a.- Huisarts en Weten-

schap; jrg. 23, no. 1, 1980, p. 3-7
ncgv, nivel

Verslag van vier jaar samenwerking tussen een klinisch psychologe en zes, later vier huisartsen. Aan de orde komen o.a. de oorspronkelijke doelstelling, de wijzigingen daarin, de financiering van het project, de wijze waarop de samenwerking verlopen is, de relaties met de overige hulpverleners in de regio en de rubricering van de verwezen problematiek.

19

Geurs, C.A. de

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog II: profijt en aanbevelingen/C.A. de Geurs, E.C. Nix, H. Schimmel e.a..- Huisarts en Wetenschap; jrg. 23, no. 2, 1980, p. 61-66
ncgv, nivel

Pleidooi voor samenwerking tussen huisarts en psycholoog ten einde te profiteren van elkaars kennis. Gebleken is dat in de opleiding van beiden lacunes voorkomen. Opname van de psycholoog in de eerste lijnshulp wordt afgewezen, omdat hiermee bepaalde lichamelijke storingen niet tijdig genoeg onderkend zouden kunnen worden.

20

Geyman, J.P.

Family practice residencies and their sponsoring hospitals: mutual interests and unrecognized potential/J.P. Geyman.- The Journal of Family Practice; jrg. 11, no. 7, 1980, p. 1019-1021
nivel

Artikel over de samenwerking tussen (huis)artspraktijken en (universiteits)ziekenhuizen. Sommige praktijken bevinden zich in het ziekenhuis waarbij men beschikt over eigen bedden voor patiëntenopname. Deze inwoning maakt optimaal gebruik van diagnostische faciliteiten, patiëntenvoorlichting

en continuïteit van de zorg uitstekend mogelijk. Voor deze vorm van samenwerking wordt een goede toekomst voorspeld, mede gezien vanuit beheersing van de kosten voor de gezondheidszorg.

21

Greve, W.B.

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn/W.B. Greve en W.J. Vrakking.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 28, 1982, p. 823-824

nivel

Onderzoek naar het waarom van samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns. In dit artikel beperken de auteurs zich tot het verklaren van het ontstaan en voortbestaan van samenwerking.

Het normatieve fenomeen is een der meest gehoorde maar het onderzoek heeft in het geheel niet aan het licht gebracht dat dit fenomeen ook het meest effectief werkt. Geheel anders is dat met het ruilfenomeen en met het afhankelijkheidsfenomeen. Hierover hoort men weinig terwijl deze fenomenen waarschijnlijk het meest duidelijk werkzaam zijn in samenwerkingssituaties. Omgekeerd zou wel eens kunnen gelden: waar geen gunstige ruilverhoudingen zijn of er geen afhankelijkheidsrelatie van betekenis is, maakt samenwerking weinig kans.

22

Greve, W.B. de

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn/W.B. de Greve.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 29, 1982, p. 868-870

nivel

Samenwerking is allerminst een vast patroon van activiteiten dat louter aan de hand van objectieve maatstaven kan worden beoordeeld: mensen spelen er een rol in.

Het zorgvuldig analyseren van samenwerkingssituaties is noodzakelijk teneinde daaruit een effectieve activiteitensoort te ontwikkelen. Bij het over-

wegen van een bepaalde activiteit is het van groot belang niet alleen de voor- en nadelen ervan onder ogen te zien, maar tevens te bezien of betrokkenen over de nodige kwalificaties beschikken om die activiteiten tot uitvoering te brengen. Het succes van samenwerking is zeker niet gelegen in het kopiëren van activiteiten uit een andere succesvolle samenwerking. Het gaat er veeleer om die activiteiten te kiezen waarvan effect verwacht mag worden in specifieke situaties.

23

Greve, W.B. de

De rol van de overheid: een nabeschouwing/Greve, W.B. de.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 118-128
niveau

Het probleem samenwerking ziekenhuis - eerstelijns is voor de overheid niet zo maar een probleem. Het heeft alles te maken met de realisatie van de verschuiving van intramuraal naar extramuraal. Deze verschuiving is echter moeilijk beïnvloedbaar, omdat een direct ingrijpen het betreden van het beslissingsbevoegdsterrein van de medici zou betekenen. De vraag komt dan aan de orde of de overheid wel in staat is de samenwerking ziekenhuis - eerstelijns te bevorderen en, zo ja, welke instrumenten daarvoor dan beschikbaar zijn. Met een nieuw ontwerp voor een beïnvloedingsinstrumentarium wordt dit hoofdstuk afgesloten.

24

Greve, W.B. de

Typologie van samenwerkingsactiviteiten/W.B. de Greve .- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 45-51
niveau

Duidelijk wordt gemaakt hoe zeer de activiteiten die men in de praktijk met samenwerking aanduidt, verschillen. De vijf beschreven activiteiten-soor-

ten 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.

25

Greve, W.B. de

Enkele verklaringstheorieën/W.B. de Greve en W.J. Vrakking.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 36-44
niveau

Bijdrage gericht op de vraag naar de grondoorzaken van samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns. Er worden vier fenomenen ter verklaring voor samenwerking aangevoerd: het ruilfenomeen (artsen werken samen omdat zij daar ieder voor zich beter van worden), het afhankelijkheidsfenomeen (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 initiëren samenwerking uit persoonlijke gedrevenheid).

26

Haaften, K.L. van

De samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en eerstelijns gezondheidszorg voorzieningen/K.L. van Haaften en J.J. Schuring-de Boer.- Leiden: Instituut Sociale Geneeskunde, 1982
niveau

De beperking van de kosten in de gezondheidszorg leidt tot veranderingen in de afhankelijkheid tussen met name ziekenhuizen, huisartsen en specialisten. Om deze veranderingen hanteerbaar te maken, zet men wel een samenwerkingssituatie op met als

doel: verbetering van de continuïteit van de zorg. De inhoud van de samenwerkingssituatie hangt in grote mate samen met de volgende factoren:

- mate van concurrentie van andere ziekenhuizen;
- scholingsmogelijkheden voor huisartsen en specialisten.

De veranderende afhankelijkheid lijkt in feite hanteerbaar te worden gemaakt door met elkaar te gaan onderhandelen. Onder de dekmantel van samenwerking is men aan het ruilen. De vijf onderzochte samenwerkingssituaties waren van enkele maanden tot een paar jaar oud.

27

Haaften, K.L. van

Analyse van vijf samenwerkingssituaties/K.L. van Haaften en W.J. Schuringa-Boer.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 7-35
niveau

Eindrapport van een onderzoek waarin vijf samenwerkingssituaties zijn onderzocht. Niet de onderwerpen en de resultaten hebben hierin centraal gestaan, maar juist de realisatietechnieken die al of niet werden gehanteerd. Verklaringen hiervoor zijn met name gezocht in afhankelijkheidsrelaties tussen ziekenhuis, huisarts en specialist.

Een belangrijke stimulator van samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns lijkt het verschijnsel beddenreductie te zijn. Immers, de inkomensdoelstellingen van ziekenhuizen (veel ligdagen, hoge bezettingsgraad) en specialisten (verrichtingen-maximalisatie) leiden tot het verschuiven van het afhankelijkheidspatroon ziekenhuis-specialist-huisarts.

28

Hennik, M.P.

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijnsgezondheidszorg/M.P. Hennik.- s.l.: s.n., 1981.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1980-1981
niveau

In deze scriptie wordt getracht de samenwerkingsmogelijkheden in ruime zin te inventariseren, waarbij per item aan de hand van op dat onderdeel gerichte literatuur een nadere toelichting wordt gegeven. Daarbij wordt tevens weergegeven welke de vormgeving van het betreffende samenwerkingsitem in het Diaconessenhuis te Leiden is.

Aan de orde komt de samenwerking tussen ziekenhuis en achtereenvolgens huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werk, fysiotherapie en wijkpastores.

29

Hennik, M.P.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten een utopie?/M.P. Hennik.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 14, 1984, p. 441

nivel

Discussiebijdrage naar aanleiding van het artikel van Swinkels en Lodewick. Schrijver constateert dat deze inventarisatie van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten een weergave geeft van feiten die identiek is aan hetgeen vijftien jaar geleden reeds werd gesignaleerd. De betekenis van dit onderzoek is dan ook vooral gelegen in de constatering dat er in de loop der jaren niets is veranderd. Deze conclusie vindt haar oorsprong in de ervaring dat de huidige structuur van de gezondheidszorg de samenwerking allerminst bevordert. Beter is het nog te twijfelen aan het bestaan van een structuur, indien men althans het tot heden vigerende vrijemarktprincipe niet hiertoe zou willen verheffen.

30

Hoeksma, B.H.

De polikliniek als schakel in de gezondheidszorg/B.H. Hoeksma.- Utrecht: College voor ziekenhuisvoorzieningen, 1978

nivel

Literatuurstudie over de invloed van bepaalde factoren op de patiëntenstroom van eerstelijns naar polikliniek en die van polikliniek naar kliniek. De beschouwende factoren zijn: urbanisatiegraad, regio, huisartsen-, specialisten- en beddensomvang, afstand tot ziekenhuis en de leeftijdsopbouw en verzekeringswijze van de bevolking.

Er wordt aandacht besteed aan de problematiek van de substitutie tussen kliniek en polikliniek.

De relatie tussen de aantallen verwijs-/herhalingskaarten en polikliniekbezoeken is onderzocht voor de ziekenhuizen in Kennemerland.

Er blijken onvoldoende aanwijzingen te bestaan dat verhoging van de huisartsensomvang leidt tot minder verwijzingen naar de polikliniek; de urbanisatiegraad en de afstand tot een ziekenhuis hebben een grote invloed op het aantal verwijzingen.

31

Huisarts

Huisarts en specialist op één lijn!, (hoe) moet dat?: verslag van het symposium gehouden op 30 november 1984.- Brunssum: St. Gregorius Ziekenhuis, 1984
niveau

Het symposium probeert antwoord te geven op de vraag of het niet beter is van afstemming in plaats van samenwerking te spreken, en of er randvoorwaarden bestaan waarbinnen deze afstemming gerealiseerd kan worden, rekening houdend met de planning en de financiële kaders. Dit naar aanleiding van een experiment met budgetfinanciering.

Discussiebijdragen worden geleverd door F.A. Vorst (zie nr. 121), E.J.A. Riegen (zie nr. 106), K.L.F. Hoefnagels (zie nr. 93) en J.C. van Es (zie nr. 79). Tot slot volgt het verslag van de paneldiscussie.

32

Huygen, F.J.A.

De verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg/F.J.A. Huygen in: Vertrekpunten in de

gezondheidszorg; onder redactie van J. Hollenbeek-Brouwer en J.A. Knottnerus.- Amsterdam: VU-boekhandel, 1982, p. 123-129
niveau

In deze bijdrage wordt een visie gegeven op de verhoudingen tussen de eerste en de tweede lijn van onze gezondheidszorg. Er wordt een aantal maatregelen besproken die een beter perspectief geven op positieve ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Of deze maatregelen ook werkelijk doorgevoerd zullen worden hangt af van de werkers in de eerste lijn zelf. De schrijver constateert een groeiende bereidheid onder de huisartsen. Enkele genoemde punten zijn:

- ander honoreringssysteem;
- het verschil in groei van mankracht en middelen tussen de eerste en tweede lijn beteugelen;
- gespreksgroepen tussen huisartsen en specialisten op lokaal niveau;
- de huisarts moet meer naar het ziekenhuis.

33

Jacobs, H.M.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in relatie tot de kwaliteit van de hulpverlening: een literatuurstudie in het kader van een onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening op het grensvlak van de eerste- en tweedelijns/H.M. Jacobs en R.A. de Melker.- Utrecht: vakgroep Huisartsgeneeskunde, RU Utrecht, 1983

niveau

Dit rapport omvat een literatuurstudie over de samenwerking huisarts en specialist en een aanzet tot het ontwikkelen van een voor wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk denkkader dat gericht is op het verkrijgen van gegevens over de feitelijke gang van zaken op het grensvlak van eerste en tweede lijn en de wijze waarop huisartsen en specialisten samenwerken.

34

Jacobs, H.M.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (1) /H.M. Jacobs, R.A. de Melker en F.W.M.M. Touw-Otten.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 51, dec. 1983, 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 die laatste aspecten spitst een onderzoek van het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut zich toe. Aan de orde komen achtergronden en begrippen.

35

Jerrom, D.W.A.

General practitioners' satisfaction with a primary care clinical psychology service/D.W.A. Jerrom, R.J. Simpson, J.H. Barber e.a.- Journal of the Royal College of General Practitioners; jrg. 33, no. 246, 1983, p. 29-31

nivel

In 1979 wordt een driejarig experiment gestart met een Clinical Psychology Service in de eerstelijns. Een enquête onder huisartsen die gebruik maken van deze dienstverlening toonde een grote tevredenheid aan. Weergegeven worden zowel de opvattingen van de huisartsen als ook de resultaten van behandeling van 305 patiënten.

De resultaten worden besproken in relatie tot verder onderzoek en de toekomstige samenwerking tussen psychologen en huisartsen.

36

Keijsers, L.L.J.M.

Communicatie tussen huisarts en specialist/L.L.J.M. Keijsers en H.J. de Koning Gans.- Medisch Contact;

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 zowel als aan het daadwerkelijk samenwerken. Na formele erkenning, waarmee ze tot stuurgroep werden verheven, organiseerde de groep een tweedaags 'conclaaf'. Twee van de initiatiefnemers brengen verslag uit.

37

Knoop, A.

Oudenrijn onderzocht: een onderzoek onder huisartsen in Utrecht en omgeving naar het imago van Ziekenhuis Oudenrijn/A. Knoop, R. Middell, B. de Nijs e.a.- Utrecht: RU Utrecht, Subfaculteit sociaal-culturele wetenschappen, 1986

niveau

Door middel van een schriftelijke enquête worden 300 huisartsen in het verzorgingsgebied van Ziekenhuis Oudenrijn ondervraagd. De enquête bestond uit drie delen: achtergrondgegevens; imagovragen en samenwerking tussen huisarts en specialist.

Er worden concrete suggesties gedaan om op een aantal zwakke punten in het beeld omtrent Oudenrijn verbeteringen aan te brengen: EHBO; wachttijden en een aantal aspecten in de samenwerking tussen huisarts en specialist. De intensievere samenwerking zal in een bepaalde gewenste organisatorische vorm gegoten moeten worden. Er moet een directer contact met meer huisartsen nagestreefd worden. Om te voorkomen dat dit blijft steken in goede bedoelingen zou men per waarnemingsgroep moeten komen tot een contactpersoon voor ziekenhuis Oudenrijn. Deze kan dan naar twee kanten een zinnige schakelfunctie vervullen.

Kok, W.G.C.

Middelen om de werklastverdeling tussen de eerste en tweede lijn van de medische verzorging te beïnvloeden/W.G.C. Kok.- s.l.: s.n., 1979.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1978-1979

De problemen tussen eerste en tweede echelon worden bekeken vanuit de visie van de huisarts. De belangrijkste factor in het bepalen van de werklastverdeling tussen de eerste en de tweede lijn van de medische verzorging, lijkt het aanbod aan artsen te zijn zoals zich dat in de komende jaren zal ontwikkelen. De toename van het aantal artsen betekent dat beide echelons zullen proberen om argumenten te vinden om de patiënten (zo lang mogelijk) te kunnen blijven behandelen in hun "eigen" lijn. Om de wrijfpunten tussen de echelons te beperken zal men vaste takenpakketten moeten bepalen. Aangegeven wordt de noodzaak van een organisatie met een sturende en corrigerende invloed.

Kolkman, H.

Samenwerking huisartsen - specialisten: onderzoek in een proefregio/H. Kolkman en C. van der Voort.- Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1983
niveau

Proefonderzoek naar de problematiek rond de relatie ziekenhuis-specialist-huisarts. Achtergrond is het voornemen om onderzoek te doen naar de wijze waarop kleine ziekenhuizen verantwoord kunnen functioneren. Dit verantwoord functioneren stelt o.a. eisen aan een goede samenwerking met de eerstelijns, met name de huisartsen. In een later stadium zal worden onderzocht welke rol de schaalgrootte van het ziekenhuis speelt in de relatie ziekenhuis-eerstelijns. Voor dit verkennend onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- welk beeld hebben huisartsen van het ziekenhuis;
- welke contacten zijn er tussen huisartsen en

specialisten;

- hoe worden deze contacten gewaardeerd.

Concluderend wordt gesteld dat de huisartsen zeggen de zakelijke afhankelijkheid van de specialist niet te voelen, maar er zich niettemin naar gedragen. De specialisten voelen zich daarentegen wel afhankelijk van de huisartsen en geven zich daar in hun gedrag ook rekenschap van.

Kortom, huisarts en specialist gedragen zich beide afhankelijk van elkaar, houden elkaar als het ware in de "greep".

40

Kolkman, H.

Het basisziekenhuis: geknipt voor de eerste lijn? : een oriënterend onderzoek naar de contacten tussen huisartsen en specialisten/H. Kolkman en S. de Jager.- Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1984
niveau

Oriënterend onderzoek onder 20 huisartsen om een antwoord te krijgen op de vraag of kleine ziekenhuizen in verband met hun omvang en hun kleinere medische staf in contacten met huisartsen een voorsprong hebben op grotere ziekenhuizen.

Blijkens de gesprekken is dit niet het geval. De contacten van huisartsen met specialisten van basisziekenhuizen zijn niet intensiever of persoonlijker dan die tussen huisartsen en specialisten van centrumziekenhuizen. Tevens blijkt, in tegenstelling tot wat werd verwacht, 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. Het rapport wordt besloten met conclusies, aanbevelingen en beschouwing.

41

Kolkman, H.

Gelijk oversteken...?: literatuuronderzoek naar samenwerkingsvormen tussen huisartsen en specialis-

ten/H. Kolkman.- Groningen: s.n., 1984
niveau

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

Uitgangspunt is, dat de actoren overwegende voordelen moeten zien in het aangaan van samenwerking, anders komt deze niet van de grond. Daarom wordt nagegaan welke belangen huisarts en specialist bij diverse vormen van samenwerking hebben.

42

Kolkman, H.

Twee wegen om samenwerking tussen huisarts en specialist te verbeteren/H. Kolkman en C. van de Voort.- Het Ziekenhuis; jrg. 15, no. 11, 1985, p. 378-381.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 35, 1985, p. 1065-1067

niveau, wvc

Verslag van een onderzoek van het NZI in het Zeister Ziekenhuis op verzoek van de motorgroep, een overlegorgaan van huisartsen, specialisten en ziekenhuisdirectie, naar knelpunten in en wensen t.a.v. de samenwerking en naar redenen waarom huisartsen in Zeist en omgeving wel of niet naar het Zeister ziekenhuis verwijzen. De onderlinge samenwerking bleek bevredigend, wel zijn er kritiekpunten zoals: informatie-uitwisseling; taakverdeling en terugverwijzing; de casusbespreking is te technisch en te weinig op het praktische huisartsenwerk gericht. Deze punten worden nu via afspraken geregeld en aan een klachtenbehandelingsprocedure wordt gewerkt. Een klachtensprekkuur is ingesteld.

Kolkman, H.

De lijnen buitenspel: structurering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn/H. Kolkman en J. Vissers.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 1, 1986, p. 11-16

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 de eerste en tweede lijn zijn het echter 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 we blijven denken in termen van eerste en tweede lijn is het niet mogelijk een helder beeld te krijgen van de idealiter wenselijke samenwerking.

Lagro-Janssen, T.

Proeven in de keuken van de huisarts: verslag van een samenwerkingsdag voor huisartsen en specialisten in Nijmegen/T. Lagro-Janssen.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 2, 1986, p. 47-48

nivel

Als een min of meer logisch gevolg van de samenwerkingsactiviteiten van huisartsen en specialisten in de regio Nijmegen werd een dag georganiseerd waarop specialisten van het Canisius-Wilhelminaziekenhuis elk een huisarts in deze regio bezochten en een ochtend met deze meemaakten.

Er werd een viertal voordrachten gehouden over nieuwe verworvenheden en huidige manier van werken in de huisartspraktijk.

Deze gebeurtenis heeft 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 huisartsen een specialist een dag lang op de voet kunnen volgen en niet alleen specialistische technieken te zien krijgen.
(Zie ook Poels, nr. 104)

45

Larsen, K.M.

Procedures performed by family physicians, internists, and a Medex in a small group practice/K.M. Larsen en C.R. Kirkwood.- The Journal of Family Practice; jrg. 15, no. 2, 1982, p. 285-292
niveau

Van de 5.694 patiëntenbezoeken aan een kleine groepspraktijk (twee internisten, drie huisartsen en een Medex (Medical Expert?) was in 592 gevallen (9,6%) een diganostische en therapeutische verrichting noodzakelijk. De huisartsen voerden minder behandelingen uit (6,1, 7,5 en 8,6% van het totale aantal bezoekende patiënten) dan de Medex (18,4%). Het merendeel van de handelingen uitgevoerd door de huisartsen werd ook door de Medex gedaan, hoewel de diversiteit bij de huisartsen vergelijkbaar was met die van de internisten. De Medex daarentegen werkte goedkoper.

46

Lodewick, L.

Ziekenhuis en eerste lijn een coalitie waard/L. Lodewick.- Gouda: s.n., 1981.- scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1980-1981
niveau

Beschrijving van de huidige posities van de eerste en tweede lijn, de knelpunten daartussen en een ideale vorm van samengaan. Vooronderstelling bij het samenwerken is dat op diverse niveau's sprake moet kunnen zijn van een betere zorgverlening:

afstemming van werkgebieden voorkomt het ontstaan van lacunes en het voorkomen van doublures. Over samenwerking kan slechts op plaatselijk of regionaal niveau zinvol gepraat worden. Plaatselijke situaties zijn vaak zo verschillend dat elke plaats, elke regio haar eigen oplossing zal kiezen. Het zijn de (plaatselijke) hulpverleners die de samenwerking moeten realiseren.

47

Lodewick, L.

Beter samen, samen beter: een symposium over samenwerking tussen huisarts en specialist in de regio Gouda/L. Lodewick en M. Swinkels.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 14, apr. 1986, p. 442-443

wvc, niveau

Tijdens een door het Bleuland Ziekenhuis te Gouda georganiseerd symposium werd aan huisartsen en specialisten gelegenheid geboden met elkaar van gedachten te wisselen over hun onderlinge communicatie. Omtrent de informatie van huisarts en specialist aan patiënten en de informatie-uitwisseling over patiënten werd een aantal concrete afspraken gemaakt.

(Zie ook nr. 68)

48

Londen, J. van

De mogelijkheden van algemene ziekenhuizen tot samenwerking met de intramurale gezondheidszorg en de consequenties daarvan voor onder meer het gebruik van de klinische en poliklinische voorzieningen van het ziekenhuis/J. van Londen.- Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1977

niveau

Rede gehouden voor de ledenvergadering van de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad te Utrecht op 9 november 1977. Meer werk in de eerste lijn als gevolg van de samenwerking met de

ziekenhuizen heeft ook consequenties voor de algemene ziekenhuizen zelf. Aangenomen mag worden dat het bedbezettingspercentage nog verder zal dalen, maar dat tegelijkertijd de verpleging in de kliniek veel intensiever zal worden. Bovendien zal de activiteit in de polikliniek nog toenemen. De aard van de werkzaamheden zal veranderen. Het is echter de vraag of de kwantitatieve gevolgen wel zo groot zullen zijn.

49

Maesen, L.J.G. van der

Een 'werkplaats poliklinieken Ganzenhoef' ter verandering van de verhouding tussen het nieuwste academische ziekenhuis en zijn omgeving, de Bijlmermeer en omstreken/L.J.G. van der Maesen.- Amsterdam: SOMSO/Macula, 1982

nivel

Theoretische aanzetten ter onderbouwing van een nieuwe impuls om de verhoudingen tussen de intra- en extramurale zorg te wijzigen. Tal van maatregelen ter versterking van de eerstelijns passeren de revu. De twijfels over de zin ervan nemen toe. Deze twijfels bieden handvaten om de realiteitswaarde van een 'Werkplaats' aan te tonen.

50

Mansvelt, J. van

Suggesties ten aanzien van samenwerking tussen huisarts en specialist/J. van Mansvelt.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 23, 1974, p. 734-737.- D1 II: Huisarts en specialist

nivel

In vergelijking met het buitenland is de relatie huisarts-specialist in Nederland beslist niet slecht. In vele landen is er immers nog sprake van een zekere concurrentie in plaats van samenwerking tussen de artsen in en buiten de ziekenhuizen. Schrijver is echter van mening dat de relatie huisarts-specialist toch wel enige verbetering

behoeft. Hierbij wordt een aantal suggesties in tweehoofdgroepen ingedeeld:

- suggesties die, zonder iets aan het systeem of de structuur te wijzigen, direct uitgevoerd zouden kunnen worden;
- suggesties die in beginsel pas echt goed uitgevoerd kunnen worden, wanneer de structuur en/of geneeskundige opleiding gewijzigd wordt.

Ten aanzien van een mogelijk noodzakelijke verandering in de structuur is de schrijver van oordeel dat het stimuleren van aanstellingen in dienstverband van zowel huisartsen en specialisten alleen werkelijk kan worden bevorderd door het tot stand brengen van een goede functie- en taakomschrijving. Een goede functievervulling en taakuitvoering zal echter in de ene rol beter kunnen worden gehonoreerd op verrichtingenbasis, in een andere rol beter in de vorm van een uurhonorarium en in weer andere rollen door middel van een vast basissalaris.

51

Melker, R.A. de

Ziekenhuispatient-huisarts-huisgezin: een exploratief inventariserend onderzoek/R.A. de Melker.- Nijmegen: s.n., 1973.- Medische reeks Mens en Gezin XX
niveau

Uit een enquête onder huisartsen, specialisten en ziekenhuispatienten wordt duidelijk dat door middel van een betere begeleiding van de patient door de huisarts, door maatregelen van administratie en organisatie en door betere communicatie veel te verhelpen is. De relatie tussen ziekenhuispatient, huisarts en huisgezin zal er sterk door verbeterd kunnen worden, en daarbij neemt de huisarts niet zo maar de middenpositie in. Hij is in staat de kloof tussen intra- en extramurale zorg te overbruggen en meer evenwicht te brengen in hun verhouding.

Een niet onbelangrijk economisch aspect dat uit de gegevens duidelijk wordt is het feit dat door een nauwkeurig systeem van selectie en verwijzing een

huisarts het aantal ziekenhuispatiënten tot bijna de helft van het landelijk gemiddelde terug kon brengen. Bovendien kan door een goed samenspel van huisarts en specialist de opnameduur in veel gevallen aanzienlijk beperkt worden.

52

Metz, W.

De relatie specialist-huisarts/W. Metz.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 22, 1974, p. 709-714
niveau

Er bestaat een uitgesproken tendens de oplossing van de crisis in de gezondheidszorg te verwachten van (re)organisatie, van structurering van de gezondheidszorg tot één functioneel geheel. Een van de relaties die daarbij zullen worden geregeld is die van huisarts en specialist.

Dit artikel beoogt, aan de hand van die relatie, de vraag te stellen en te beantwoorden of de crisis in de gezondheidszorg van organisatorische of van methodische aard is. De crisis is een symptoom van de crisis in de medische wetenschap. Pogingen de gezondheidszorg te vernieuwen zullen falen zolang de crisis in de medische wetenschap niet is overwonnen.

53

Middel, R.

Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis?/R. Middel en T.R. Zijlstra.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 2, 1986, p. 49-51
niveau

Korte weergave van een onderzoek naar het imago van ziekenhuis Oudenrijn bij huisartsen die werkzaam zijn binnen het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. De uitvoering is in handen van de Werkgroep Massacommunicatie in samenwerking met het ziekenhuis. De respons bedroeg 51% bij 300 aangeschreven artsen. De vragenlijst is onderverdeeld in drie clusters. De eerste heeft betrekking

op persoons- en achtergrondkenmerken van de geënquêteerde huisartsen. De tweede cluster heeft betrekking op attitudes ten opzichte van het ziekenhuis. De laatste cluster heeft betrekking op de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Opvallend is de 'eenvoudige' weergave van de resultaten, terwijl er geen aanwijzingen gegeven worden dat de data nader geanalyseerd zijn. Harde conclusies worden niet getrokken. Wel worden aanbevelingen gegeven voor een 'wetenschappelijk' gefundeerde imagoverbetering.

54

Moor, L.

Haagse huisartsen willen geen verlengstuk ziekenhuis worden/L. Moor.- Het Binnenhof, 15 januari 1986
niveau

In Den Haag trachten de gezamenlijke ziekenhuizen en de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV) al jaren iets te doen aan het probleem dat ongeveer 60% van de mensen die zich bij de EHBO-afdelingen van ziekenhuizen melden eigenlijk bij de huisartsen horen aan te kloppen.

In 1980 werd via enquêteformulieren al een soort drempel gemaakt, maar hulpverlening kan niet worden geweigerd. Ook de voorlichtingscampagnes hebben weinig soelaas geboden. Toch is volgens de PHV een soort 'heropvoeding' de enige mogelijkheid om patiënten ervan bewust te maken eerst de huisarts te consulteren. De Haagse huisartsen voelen niets voor de idee van het Rotterdamse St. Clara Ziekenhuis om tijdens de weekeinden op de EHBO-afdelingen van de ziekenhuizen patiënten te helpen die eigenlijk bij de huisartsen zelf hadden moeten zijn.

55

Mulder, J.D.

Samen werken. In het bijzonder tussen huisarts en specialist/J.D. Mulder.- Leiden: Rijksuniversiteit, 1983

nivel

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden op 17 juni 1983.

Mulder constateert dat twee subsystemen binnen de gezondheidszorg, huisarts en specialist, waarvan de samenhang voor een goede hulpverlening noodzakelijk is, zich steeds meer terugtrekken binnen hun eigen bastions. Hij noemt dit dan ook een WAT-relatie: working apart together.

Zonder volledigheid te betrachten wordt een aantal factoren besproken die wellicht kunnen bijdragen tot een diagnose van de relatiestoornissen die zich voordoen tussen huisarts en specialist.

Mulder spreekt het vermoeden uit dat de problemen met de samenwerking in de medische wereld zijn oorzaak vindt in het feit dat artsen, die aan het samenwerkingsspel deelnemen, op geen enkele wijze worden geselecteerd op de hiervoor vereiste geschiktheid. Bovendien worden zij tijdens hun opleiding niet uitgerust met de noodzakelijke vaardigheden. Naar zijn idee heeft dit belangrijke consequenties voor het onderwijs.

56

Peters, J.H.

De begeleiding van de patiënt in de ziekenhuispolikliniek/J.H. Peters.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 27, 1979, p. 864-868

nivel

Bijdrage op het symposium 'Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn (1979). Schrijver is van mening dat de beleidsvoornemens gericht op versterking van de eerstelijns eerst effectief kunnen worden gerealiseerd indien tevens de samenwerking tussen eerste en tweede lijn worden geïntensiveerd. Hierbij dient men zich te realiseren, dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zich niet mag beperken tot huisartsen en specialisten. Hun samenwerking richt zich

allereerst op een verbetering van de zorg in het medisch-technische vlak.

Het is van belang dat de hulpverlening geschiedt op een wijze en in een klimaat waarin patiënten zichzelf niet in hun mens-zijn extra bedreigd voelen, omdat er voorbijgegaan wordt aan hun gevoelens. Tegen deze achtergrond is het plan ontstaan om de patiënt in de polikliniek op te vangen en te begeleiden. Omdat een dergelijke begeleiding nieuw is en met deze vorm van begeleiding nog nergens ervaring is opgedaan, werd besloten tot het opzetten van een experiment binnen het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht. Tijdens dit experiment zal de gehele dag een speciale begeleider aanwezig zijn in de polikliniek. Als begeleider komen in aanmerking hulpverleners uit de eerste lijn, zoals maatschappelijk werker, pastor, psycholoog of -zo mogelijk- vrijwilligers. Bij een positief resultaat zal de ziekenhuispolikliniek in Nederland zich ongetwijfeld ook in deze richting dienen te ontwikkelen.

57

Peters, J.H.

Project samenwerking eerste en tweede lijn van het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht/J.H. Peters en J.H.M. van Bree.- Medisch Contact; jrg. 32, no. 32, 1977, p. 537-543

nivel

Vanuit de visie, dat samenwerking tussen eerste en tweede echelon een essentiële voorwaarde is voor een verantwoorde patiëntenzorg, werd binnen het Ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht medio 1974 het initiatief genomen tot intensivering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten.

Twee hiertoe georganiseerde bijeenkomsten van de op het ziekenhuis georiënteerde huisartsen en de leden van de medische staf vonden zoveel weerklank, dat werkgroepen werden geformeerd ten einde de verschillende aspecten van de samenwerking te bestuderen.

De werkgroepbesprekingen leverden niet alleen een theoretische verdieping van de samenwerkingsproblematiek op, maar ook een aantal praktische voorstellen, welke huisartsen en specialisten in het gezamenlijk functioneren nader tot elkaar brengen. Tijdens een derde bijeenkomst werden de werkgroepen gemachtigd het gevoerde beleid te continueren en de voorstellen tot praktische samenwerking ten uitvoer te brengen. Tevens werd een opiniepeiling verricht over twee toekomstplannen waarbij de samenwerking tussen huisartsen en specialisten een belangrijke rol speelt: 'hospital audit' en diagnostisch centrum. In het artikel wordt niet alleen aandacht besteed aan de inhoudelijke, maar ook aan de procesmatige aspecten van het samenwerkingsproject.

58

Peters, J.H.

Samenwerking eerste- en tweedelijns gezondheidszorg: een project vanuit een algemeen ziekenhuis/J.H. Peters.- Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.-
dissertatie
niveau

Vanuit het gegeven dat van de versterking van de eerste lijn nog niet veel terecht gekomen is wordt getracht aan te tonen dat ~~een~~ samenhangend beleid, dat tezamen en gelijktijdig ~~en~~ een versterking van van de eerstelijnsgezondheidszorg ~~en~~ een terugdringing van de tweedelijnsgezondheidszorg omvat, uitvoerbaar is. Daarvoor moeten eerste en tweede lijn eerst maar eens echt gaan samenwerken. Schrijver verhaalt over zijn ervaringen in het Ziekenhuis Oudenrijn en schreef een proefschrift over samenwerken als veranderingsproces.

59

Post, D.

Afbraak van de eerstelijnsgezondheidszorg: kwalijke tendensen in de ontwikkeling van onze gezondheidszorg/D. Post.- Medisch Contact; jrg. 39,

no. 41, okt. 1984, p. 1319-1320

wvc, niveau

Versterking van de eerstelijns wordt voornamelijk beleden; van daadwerkelijk beleid is nauwelijks sprake. Met name het generaal akkoord tussen specialisten en overheid en de plannen tot opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering leiden tot een verzwakking van de huisartsgeneeskunde.

60

Puijlaert, F.W.J.

Huisarts en specialist (I): een model voor samenwerking/F.W.J. Puijlaert.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 13, 1981, p. 362.- ingezonden brief

niveau

Puijlaert erkent dat het samenwerkingsmodel van Duursma (zie nr. 12) wel kan functioneren, maar dat het moeilijk te bewerkstelligen is. Het door de huisartsen te goeder trouw verwijzen of consulteren is uitgelopen op overname. Puijlaert noemt het daarom overdracht. De huisarts draagt (de verantwoordelijkheid) de patiënt over aan de ziekenhuisarts als hij die erbij roept. Als de ziekenhuisarts weer de kunst verstaat de patiënt te ontslaan kunnen de ziekenhuisartsen weer op het vertrouwen van de huisarts rekenen.

61

Samenwerken

Samenwerken een inventarisatie.- Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983

niveau

Nota waarin door middel van een aantal theoretische beschouwingen geprobeerd wordt antwoord te geven op de vraag naar het waarom van samenwerken. Naast een omschrijving van het begrip samenwerking wordt voor een drietal veel voorkomende samenwerkingsrelaties geïnventariseerd welke aspecten bij samenwerking

aan de orde komen. Genoemd worden: samenwerking tussen huisartsen; tussen huisarts en specialist en tussen de verschillende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor wat betreft de tweede relatie worden de voor- en nadelen en de persoons-, professie- en systeemgebonden belemmeringen besproken.

62

samenwerking

Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg zoals in de praktijk gebracht in Hoogeveen.- Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad, 1983
niveau

Syllabus ten behoeve van de ledenvergadering van de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad.

Gedurende de periode 1964-1976 heeft de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Hoogeveen zich gefintensiveerd. A.L. Boertje bespreekt de basisgedachte, de historische ontwikkeling, de huidige situatie, de resultaten van het gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts, het ziekenhuis, maatschappelijk werk, de nazorgdienst, de consequenties voor het ziekenhuis en het korte termijn beleid.

E.W. Dijk, H.M. Harmsen en K. Reenders nemen respectievelijk het overlegorgaan, de diagnostische voorzieningen, het consultatiemodel gezien vanuit de specialistenpraktijk, de geneesmiddelenvoorziening (Harmsen), home-teams, huisartsenberaad, de diagnostische mogelijkheden, het consultatiemodel gezien vanuit de huisartspraktijk en de consequenties voor de eerstelijns voor hun rekening.

63

Soeren, F. van

Huisarts en specialist: commentaar op een professoraal plan. Antwoord van S.A. Duursma/F. van Soeren.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 26, 1981, p. 795-796

nivel

Reactie op het antwoord van Duursma (zie nr. 12). Volgens Soeren verloopt de verbinding specialist-patiënt volgens het triangelsysteem. Volgens hem onderschat Duursma de specialistische deskundigheid, overschat hij het onderscheidend vermogen van de huisarts en verwaarloost hij de rechten van de patiënt.

Duursma is van mening dat het triangelsysteem niet het enige samenwerkingsmodel is. Elke vorm van samenwerking, hij geeft er zes, is afhankelijk van het inzicht dat over en weer bestaat aangaande elkaars kunnen en kennen. Hij merkt nog op dat de huisartsen zelf zich slechts in beperkte mate uitlaten over de wenselijkheid van een positie in de polikliniek en kliniek.

64

Soeren, F. van

Huisarts en specialist (III): een professoraal plan/F. van Soeren.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 13, 1981, p. 364-365.- ingezonden brief
niveau

Schrijver heeft sterke bedenkingen tegen het plan van prof. Duursma (zie nr. 12). Het plan is volgens hem gericht op 'education permanente' van de huisarts in de klinische geneeskunde. De dagelijkse efficiënte praktijkvoering in de ziekenhuiskliniek en kliniek is patiëntgeoriënteerd en zo efficiënt georganiseerd dat het rendement optimaal is. Duursma's model is een professoraal model in de slechte zin van het woord.

S.A. Duursma geeft dupliek in een naschrift.

(Zie ook: F. van Soeren/S.A. Duursma, nr. 63)

65

Spangenberg, F.

De relatie huisarts-ziekenhuisarts een model voor betere samenwerking/F. Spangenberg.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p.

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-eerstelijns niet veel om het lijf. Teneinde huisartsen en specialisten te bewegen hun samenwerkingssituatie te verbeteren, heeft auteur Spangenberg 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.

66

Spreeuwenberg, C.

Wat wil de politiek met de eerstelijnsgezondheidszorg: een commentaar op de Nota Eerstelijnszorg (1)/C. Spreeuwenberg.- Metamedica; jrg. 64, no. 3, mei 1985, p. 223-234

niveau

Het onderbrengen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in ~~een~~ subeenheid en onder ~~een~~ wet, de WGM, is niet wenselijk. Het is zinvoller huisartsen en specialisten in ~~een~~ subeenheid onder te brengen. Intensieve samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijke dienstverlening zou ten koste kunnen gaan van de samenwerking met specialisten en nascholing. De verschuiving van tweede naar eerste lijn (substitutie) komt hierdoor in gevaar. Versterking van de eerste lijn dient beleidsmatige en financiële consequenties te hebben, b.v. op het gebied van medische opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

Spronk, V.R.A.

De betekenis van de buitenpolikliniek in Lochem/V.R.A.
 Spronk.- Arnhem: Stichting Gelderland, 1985
 niveau

Onderzoek naar de wenselijkheid van een buitenkliniek vanuit de probleemstelling: "In welke mate worden de voorzieningen van de buitenpolikliniek te Lochem gebruikt en welke betekenis kan hieraan worden toegekend?" Enkele conclusies zijn:

- geen van de specialisten of huisartsen is voor het sluiten van de buitenpolikliniek;
- sluiting wordt beoordeeld als verarming van de zorgverlening;
- er is geen eensluidend standpunt over de vraag of bij sluiting de kwaliteit van de zorgverlening zal verslechteren.

De gegevens tonen aan dat de buitenkliniek niet onderbenut wordt en dat de consulten die er plaatsvinden zinvol zijn.

Swinkels, M.

Samenwerking huisartsen en specialisten. Stand van zaken in de regio Gouda/M. Swinkels en L. Lodewick.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 41, 1985, p. 1283
 niveau

Verslag van de verschillende activiteiten die in de gezondheidsregio Gouda worden ondernomen om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te verbeteren. Dit naar aanleiding van een eerder gehouden inventariserend onderzoek (zie Swinkels nr. 186).

Het onderzoek heeft als basis gefungeerd voor verdere activiteiten die zich op verschillende niveaus hebben ontwikkeld ter optimalisering van de onderlinge samenwerking.

- Macro-niveau: maandelijks gesprek tussen vertegenwoordigers van huisartswaarneemgroepen en

een steeds wisselend specialisme uit de ziekenhuizen.

- Micro-niveau: opzetten van een nieuw samenwerkingsproject op kleine schaal, waarbij hulpverleners uit ~~een~~ gezondheidscentrum en leden van ~~een~~ maatschap uit ~~een~~ der ziekenhuizen zijn betrokken.

(Zie ook nr. 47)

69

Verslag

Verslag van een bijeenkomst van huisartsen en specialisten in Comblain-la-Tour (B) van 23-25 september 1982.- s.l.: Stuurgroep samenwerking eerste-tweede lijn, 1982

niveau

Bijdragen worden onder andere geleverd door:

P. Pop - Ardennebijeenkomst eerste-tweede lijn;

J. Loos - Wat is er 'loos' tussen huisarts en specialist;

L. Huynen, W. Maertzdorf - Protocollaire geneeskunde.

De stuurgroep doet aanbevelingen voor activiteiten tot verbetering van de communicatie tussen huisartsen en specialisten. Conclusies worden getrokken ten aanzien van personele-, structurele- en organisatorische aspecten.

70

Voort, C. van de

NZI onderzoekt samenwerking eerste- en tweedelijns: huisarts toont geen speciale voorkeur voor basisziekenhuis/C. van de Voort en H. Kolkman.- Het Ziekenhuis; jrg. 14, no. 13, 1984, p. 520-522

niveau

Basisziekenhuizen en centrumziekenhuizen verschillen niet in contacten met huisartsen. De directie voert geen actieve politiek hoewel er mogelijkheden zijn om stimulerend op te treden. De verwijzingen naar een ziekenhuis, de medisch-technische

bekwaamheid van de specialist en het persoonlijk contact tussen huisarts en specialist. Afstand is echter de belangrijkste factor.

2. TAAKAFBAKENING EN TAAKOPVATTING HUISARTS EN SPECIALIST

71

Becking, W.J.M.

De huisarts, een zwart schaap met vijf poten in de gezondheidszorg?/W.J.M. Becking.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 44, 1979, p. 1401-1404
niveau

Bijdrage aan de discussie over een hernieuwde functiebepaling van de huisarts in de gezondheidszorg. Uitgaande van een analyse van het totale hulpvraag-aanbod van de huisarts - waarbij een onderverdeling wordt gemaakt in duidelijke somatische hulpvragen, onduidelijke hulpvragen en duidelijke psychosociale vragen. Gesignaleerd wordt vooral de complexe deskundigheid die van de huisarts wordt verwacht. Gepleit wordt voor verlenging van de opleiding en voor een effectievere samenwerking met klinici en psychosociale hulpverleners.

72

Beek, M.

Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening/M. Beek, J. van Eijk en G. Rutten.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 39, 1984, p. 1247-1251
niveau

Enquête onder 546 huisartsen (respons 51%) en 1.242 specialisten (respons 34%) naar hun opvattingen over de grenzen tussen het taakgebied van eerste en tweede lijn. Verschil van inzicht blijkt er vooral te bestaan over de rol die de huisarts zou kunnen of moeten spelen in de coördinatie binnen de specialistische geneeskunde: het merendeel van de huisartsen 'claimt' aanmerkelijk meer dan het merendeel van de specialisten wenselijk en verantwoordelijk acht. Protocollering van het aan aandoenin-

gen gebonden medisch handelen, zowel in de eerste als in de tweede lijn, vooral ook naar hun onderlinge samenhang, zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het opheffen van verschillen.

73

Beek, M.

Verschuivingen van eerste naar tweede lijn?: opvattingen van huisartsen en specialisten/M. Beek, J. van Eijk en G. Rutten.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 10, 1985, p. 299-302

nivel

Enquête onder huisartsen en specialisten naar de opvattingen over verschuivingen in de gezondheidszorg naar minder gespecialiseerde of niet-professionele hulpverlening en de geschiktheid van beleidsvoornemens om deze doelstelling te bereiken.

Het zijn vooral de jonge huisartsen en de specialisten in de leeftijdsgroep 45-55 jaar die gerekend kunnen worden tot de 'voorstanders' van reglementering van organisatorische en kwaliteitsbevorderende aspecten in de gezondheidszorg ter realisering van verschuivingen in de zorgverlening. De invoering van maatregelen als uitbreiding van diagnostische faciliteiten en normering van de opnameduur, zijn een ondersteuning en bescherming van de eigen positie van de huisarts en geven invloed op processen die het gebruik van voorzieningen en faciliteiten bepalen.

(Zie ook: Beek nr. 73 en Rutten nrs. 108, 109, 110, 111, 112)

74

Bruins, C.P.

Ondergrondse communicatieproblemen/C.P. Bruins.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 29, p. 937-942.- Huisarts en specialist XI

nivel

Schrijver constateert dat het juist de huisartsen zijn die de relatie huisarts-specialist ter discussie stellen. Zijn indruk is dat huisartsen zich er meer van bewust zijn dat deze relatie problematisch is dan de specialisten. Met dit artikel wordt getracht de specialisten meer bewust te laten worden van het probleem.

Uitgegaan wordt van een visie op hulpverlening, die op haar beurt berust op een visie op gezondheidszorg, die weer afhankelijk blijkt te zijn van het mensbeeld dat men hanteert. Gekozen wordt voor een meer open, meer humane benadering om, de relatie vasthoudende, toch de knelpunten boven water te krijgen ten einde de discussie te versnellen.

75

Burkens, J.C.J.

Hoe zou de samenwerking tussen huisarts en specialist er in de toekomst uit kunnen zien?/J.C.J. Burkens.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 17, no. 12, 1974, p. 444-446

nivel

Voordracht gehouden op het NHG-congres, november 1974.

Hoe zou de samenwerking structureel kunnen zijn binnen het kader van een toekomstige maar bereikbare en overzienbare situatie, waarin de huidige problemen nog bestaan en de gezondheidszorg nog niet ten principale is gewijzigd. Welke zal binnen dat tijds kader de rol van de huisarts en welke die van de ziekenhuisarts, specialist, zijn?

De specialist moet met een eigen taak binnentreden in het werkgebied van de huisarts en wel met name als consulent. De huisarts moet geïncorporeerd worden in het werkgebied van de specialist, dus in het ziekenhuis. Persoonlijk consulteren van de specialist bij de huisarts daar waar meer huisartsen samenwerken, waar outillage is en waar patiënten goed vooronderzocht kunnen worden, dus in gezondheidscentra bijvoorbeeld. De huisarts moet werkzaam worden in het ziekenhuis door middel van

'eigen bedden'.

76

Casparie, A.F.

Gestructureerde samenwerking; gezamenlijke protocollen en ~~en~~ toetsingsmethodiek voor huisartsen en specialisten: hoe is het mogelijk?/A.F. Casparie.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 4, 1985, p. 97-100

wvc, niveau

Pleidooi voor een begin van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg d.m.v. kleinschalige samenwerking tussen ~~en~~ specialist en enkele huisartsen. Intussen moeten op landelijk niveau protocollen worden samengesteld m.b.t. overlappende werkkterreinen en moeten methodieken die bij de toetsing worden toegepast, op elkaar worden afgestemd.

77

Currie, C.T.

The GP and the specialist/C.T. Currie.- British Medical Journal; jrg. 285, no. 6336, 1982, p. 183-184.- Geriatric medicine

niveau

Beschouwing over consultatie en taakafbakening tussen huisarts en specialist ten aanzien van geriatrische patiënten. De verwijsbrieven van de huisarts blijken over het algemeen te algemeen gesteld. Vermeld worden 'zaken' als "van het stokje gevallen", "verwanten zijn ten einde raad" en "buren vragen om iets te doen".

Er worden verschillende mogelijkheden voor opname besproken en er wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende probleemgevallen.

78

Dopheide, J.P.

Een ziekenhuis op nieuw land: een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzee ziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die re-

gio/J.P. Dopheide en F.P. Nijhout.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.- eerste interimrapport
niveau

Onderdeel van het onderzoek is het opsporen van veranderingen in de taakopvatting van de huisartsen. Door de komst van het ziekenhuis zou je een versmalde taakopvatting kunnen verwachten. Uit eerder onderzoek bleek dat hoe verder het ziekenhuis, hoe breder de taakopvatting. Anderzijds is het niet denkbeeldig dat de huisarts zich gaat afzetten tegen de tweede lijn en nadrukkelijk een breed veld voor zichzelf claimt.

De Lelystadse huisartsen blijken zich te onderscheiden van hun collegae elders: van ~~meer~~ aandoeningen zeggen zij dat de diagnostiek huisartsenwerk (en geen specialistenwerk) is. Hun totale geclaimde terrein is zo'n 10% breder. Ook het aantal diagnostische en therapeutische ingrepen dat zij in de praktijk plegen toe te passen is beduidend hoger.

79

Es, J.C. van

Mogelijkheden en onmogelijkheden bekeken vanuit de positie van de huisarts/J.C. van Es.- Huisarts en specialist op ~~een~~ lijn, zie no. 31, p. 68-84
niveau

Centrale vraag is aan welke criteria de samenwerking tussen huisarts en specialist moet voldoen gelet op de taakomschrijving van de huisarts.

De samenwerking tussen huisarts en specialist vergt een structurele onderbouwing. Samenwerken kan alleen op een functionele manier, als zij in de hulpverlening aan de patiënt elkaar aanvullen. Als blijkt dat taakafbakening problemen oplevert, dan moet men daaruit concluderen dat huisarts en specialist niet complementair zijn aan elkaar, maar concurrerend.

De oorzaak van de neiging tot concurrentie ligt in het feit dat huisartsgeneeskunde een horizontaal

generalisme is en de klinische specialisten een verticaal specialisme vertegenwoordigen. De consequenties van samenwerking blijken verschillend te zijn bij een viertal onderscheiden patiënten categorieën. Van Es bespreekt vijf voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de huisarts en specialist met betrekking tot de vier categorieën op één lijn te krijgen.

801

Es, J.C. van

Specialist en huisarts: een span?/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 7, 1983, p. 175
niveau

Hoofdredactionele beschouwing over het in beleidsmatige beschouwingen ontbreken van het sturende effect dat de structuur van de honorering van huisarts en specialist bezit. Het ontbreekt daarin aan samenhang. Theoretisch bestaan er twee mogelijkheden tot verbetering: de specialisten krijgen een vast inkomen, onafhankelijk van hun inspanning, of de huisartsen krijgen een inkomen waarin ook per prestatie wordt beloond. Schrijver voelt veel voor het Deense systeem waarin de huisarts een betrekkelijk lage honorering per ingeschreven patiënt per jaar ontvangt en daarnaast een honorarium voor bepaalde verrichtingen.

Invoering zou niet alleen een betere taakverdeling tussen huisarts en specialist teweegbrengen, maar bovendien de overheid voorzien van twee teugels, i.p.v. één, waarmee het span van de gezondheidszorg op de goede weg kan worden gebracht en gehouden.

812

Es, J.C. van

Takenpakket en verwijzen/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 22, 1983, p. 643
niveau

Beschouwing over het Concept-Basis-Takenpakket van de huisarts. Een van de te voorspellen gevolgen van

een adequate uitoefening van de geformuleerde taken is dat de behoefte aan hulp van specialisten zal afnemen. Conculteren of verwijzen zal pas geschieden na zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen. Het is echter noodzakelijk dat zowel huisartsen als specialisten ja zeggen tegen het takenpakket. Daarnaast moet er ook overeenstemming bestaan met de patiënt, zoal niet expliciet dan toch wel impliciet. Uiteindelijk zijn de -gelimiteerde- wensen van de patiënt bepalend voor de hulpverlening.

(Zie ook Krol, nr. 159)

82

Es, J.C. van

Samenwerking huisartsen-specialisten/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 4, jan. 1985, p. 87

wvc, niveau

Hoofredactionele beschouwing over de kleinschalige samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, i.c. tussen een specialist en een groep huisartsen. Dergelijke samenwerking bevordert goede werkafspraken, de kwaliteitsbewaking en de ontwikkeling van bipolaire protocollen, waarin de taken van zowel huisartsen als specialisten zijn omschreven. Effectieve kleinschalige samenwerking is echter onmogelijk zonder stimulerende financierings- en honoreringsstructuur.

83

Es, J.C. van

Huisarts, specialist en taken/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 15, apr. 1985, p. 443

wvc, niveau

Hoofredactionele beschouwing over de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten. Het blijkt, dat hierover op vrijwel alle terreinen van de geneeskunde weinig overeenstemming bestaat tussen beide groepen. De door de overheid nagestreefde verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn

(substitutie) wordt hierdoor belemmerd.

84

Es, J.C. van

Het ziekenhuis geen middelpunt maar ook geen knelpunt van de zorg/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 1, jan. 1986, p. 22-25
niveau

Beschouwing over de relatie tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Mede op grond van de hulpvraag wordt gepleit voor een plaats van het ziekenhuis buiten het centrum van de gezondheidszorg. Eerste en tweede lijn moeten overeenstemming bereiken over eigen en wederzijdse rollen en komen tot vervulling van werkelijk complementaire taken en functies.

85

Es, J.C. van

Huisarts en kinderarts: scheidingsvlak raakvlak?/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 41, no. 3, jan. 1986, p. 81-86
wvc, niveau

Structureel kan de samenwerking van huisartsen en specialisten worden gekenmerkt als een functioneren in gescheiden compartimenten. Bij een goede afstemming van de werkzaamheden zouden de rollen complementair zijn. Daarvoor is overeenstemming nodig over werkgebieden en taakverdeling. Een en ander wordt gespecificeerd voor de verhouding huisarts-kinderarts.

86

Everwijn, S.E.M.

De werkwijze van huisarts en specialist/S.E.M. Everwijn en R.A. de Melker.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 28, no. 9, 1985, p. 302-306
niveau

In dit artikel wordt een poging gedaan, de overeenkomsten en verschillen in werkwijze tussen huisartsen en (deel)specialisten te beschrijven en analyseren. Beiden maken gebruik van een drietal probleem-oplossingsstrategieën: patroonherkenning is voor beider werkwijze van belang, de algoritmische werkwijze wordt vooral gevolgd door specialisten, terwijl huisartsen meestal hypothesegestuurd te werk gaan. Deze verschillen zijn terug te voeren tot de volgende factoren: hun positie binnen de gezondheidszorg, het aangeboden klachtenpatroon, de mate van zekerheid bij de diagnostiek, de diagnostische faciliteiten, de kosten van onderzoek, de belasting voor de patiënt en de voorspellende waarde van onderzoeksuitslagen.

87

Gerritsma, J.G.M.

De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntenstimulatie/J.G.M. Gerritsma en J.A. Smal.- Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1982.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 51/52, 1982, p. 1663-1664
niveau

Onderzoek onder zestien huisartsen en zestien internisten met het tweeledige doel zowel een algemeen toepasbare methode te ontwikkelen voor het analyseren van medisch probleem oplossen, als het maken van een analyse van de wijze waarop huisartsen en internisten te werk gaan.

Aangetoond wordt dat huisartsen op veel punten anders werken dan internisten. Internisten zijn veel uitvoeriger in het onderzoek van de patiënt. In de begeleiding, advisering, therapeutische ingrepen en dergelijke zijn beide groepen even uitgebreid. In de aanpak van huisarts en internist is een gemeenschappelijke rode draad te herkennen die wijst op een gemeenschappelijke 'body of knowledge', maar daarbuiten bestaat er betrekkelijk weinig overeenkomst. Paradoxaal genoeg vergroot het gebrek aan overeenstemming in handelen onderling de

breedte van het onderzoekerterrein bij consultatie of verwijzing: andere artsen denken aan andere mogelijke oorzaken, die vervolgens kunnen worden onderzocht. De schrijvers wijzen erop, dat deze redenering in feite een pleidooi inhoudt om bij die patiënten bij wie een adequate diagnose en beleid een punt van discussie is patiëntenbesprekingen te houden, en in het eigen echelon en tussen beide echelons.

88

Gold, M.

Effects of hospital-based primary care setting on internists' treatment of primary care episodes/M. Gold.- Health Services Research; jrg. 16, no. 4, 1981, p. 383-405

nivel

De hoeveelheid primaire zorg in ziekenhuizen neemt toe. Er bestaat echter weinig informatie over de relatieve kosten van deze vorm van zorgverlening. Hiertoe worden de behandelingsmogelijkheden voor internisten in het ziekenhuis vergeleken met die van internisten in onafhankelijke klinieken. Het onderzoek richtte zich daarbij op zes specifieke aandoeningen. De resultaten geven aan dat de omgeving weinig invloed uitoefent op de intensiteit van primaire zorg en dus op de kosten. Hierbij moet worden aangetekend dat de resultaten met grote voorzichtigheid in andere situaties gehanteerd moeten worden.

89

Grol, R.

Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer/R. Grol, J. van Eijk, H. Mookink e.a.-Gezondheid & Samenleving; jrg. 6, no. 1, 1985, p. 31-40

nivel

Het in dit artikel beschreven onderzoek onder 57 huisartsen was met name explorerend van aard en

vormde een onderdeel van een onderzoeksproject rondom het handelen van de huisarts en preventie van somatische fixatie.

Wanneer huisartsen een breed dan wel beperkt gebied van het huisartsenwerk tot hun verantwoordelijkheid rekenen en/of ze zich terzake competent voelen, heeft dit belangrijke consequenties voor met name de mate van voldoende medisch handelen en voor het verwijzen naar medisch specialisten. De taakopvatting van de huisarts komt tot uitdrukking in de hele aanpak van klachten en problemen van patiënten. De samenhang met zowel het vermijden van overbodig als van nalatig medisch handelen duidt erop dat de samenhang tussen taakopvatting en hulpverlenend handelen niet alleen kwantitatief te duiden is. Het wijst ook in de richting van de interpretatie: hoe breder de taakopvatting, des te beter de kwaliteit van de zorg voor patiënten.

90

Heckman, J.

De huisarts als spil in de gezondheidszorg/J. Heckman.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 27, 1974, p. 880-882.- Huisarts en specialist IX
niveau

Voldoet de relatie huisarts-specialist heden ten dage en zou de gezondheidszorg gediend zijn met een verandering in het relatiepatroon. Vanuit de uitgangspunten "de patiënt staat centraal" en "de patiënt is er het meest mee gebaat wanneer de huisarts de spil is waarom alle gezondheidszorg voor hem draait", wordt een tweetal modellen aangegeven van de relatie die er bestaat tussen huisarts en specialist.

- In de huidige constellatie zou de huisarts zich duidelijk en scherp tegenover de specialisten kunnen opstellen. Dit veronderstelt wel dat de huisarts zich bewust is van zijn plaats in de gezondheidszorgen dat hij de specialist kan interpellieren als deze niet aan een duidelijk verzoek gevolg geeft. Zo kan een zekere

vorm van interdisciplinaire toetsing ontstaan.

- Het andere-uiteerste-model zou kunnen zijn, dat de specialisten wel in de ziekenhuizen werkzaam zijn maar dat niet zij over de bedden beschikken maar de huisartsen. Het zou de 'link' tussen huis en ziekenhuis ten goede komen.

912

Heckman, J.

Specialist en ziekenhuis: samenwerking met de eerste lijn/J. Heckman.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 22, jun. 1984, p. 669-700

wvc, niveau

Specialisten kunnen meewerken aan versterking van de eerstelijns met behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg door verbetering van de communicatie met de huisarts en het samen opstellen van protocollen.

923

Herverkavelen

Herverkavelen in de gezondheidszorg/Harmonisatieraad Welzijnsbeleid.- 's-Gravenhage: Harmonisatieraad Welzijnsbeleid, 1985.- Signalement no. 20

niveau

Wat en hoeveel er in de tweedelijnsgezondheidszorg gebeurt, hangt af van ontwikkelingen waarop de huisarts nauwelijks invloed heeft. De gedachte bij de overheid dat het mogelijk is via de huisarts invloed uit te oefenen op de productie in de tweede lijn noemt de Raad dan ook een illusie.

In plaats van op een versterking van de eerste lijn zou het beleid daarom moeten worden gericht op het in de hand houden van de ontwikkelingen in de tweede lijn. De explosieve toename van het aantal (poli)klinische verrichtingen is mede gevolg van uitbreiding van het aantal specialisten en dagelijkse vernieuwingen op diagnostisch en therapeutisch terrein.

Hoefnagels, K.L.F.

Mogelijkheden en onmogelijkheden van de voorstellen bekeken vanuit de positie van de specialist/K.L.F. Hoefnagels.- Huisarts en specialist op ~~een~~ lijn; zie no. 31, p. 46-67

nivel

Centrale vraag die gesteld wordt is of de integratie tussen eerste en tweede lijn vanuit het professionele functioneren van de specialist mogelijk is. De knelpunten die zich voordoen bij de door velen gewenste herstructurering van de gezondheidszorg, met name in de eerste en tweede lijn, worden samengevat in drie categorieën: de zorginhoudelijke-, de structurele- en de politiek-maatschappelijke knelpunten.

Op zoek naar oplossingen moet de vraag gesteld worden welk gedeelte van het traject van het patiënt-circuit thuis gelegd kan worden en welk gedeelte in het ziekenhuis. Daartoe worden de eerste- en tweedelijnsactiviteiten als volgt verdeeld:

1. zuivere eerstelijnsactiviteiten
2. grensactiviteiten
3. zuivere tweedelijnsactiviteiten

Schrijver is voorstander van dagpatiëntenzorg. Daarvoor is in feite een volkomen nieuw ziekenhuisconcept nodig. De traditionele opzet van een centraal beddenhuis met daaromheen de bijkomende poliklinische voorzieningen zal plaats moeten maken voor een ziekenhuismodel met centraal een poliklinisch centrum en daaraan toegevoegd de noodzakelijke beddenvoorzieningen. De internisten zullen daarbij de werkelijke uitvoerders en dragers (van het experiment) moeten zijn.

Holderbeke, J. van

Samenwerking met gynecologen: een triest relaas ! /J. van Holderbeke.- Huisarts nu; jrg. 12, no. 1, 1983, p. 5

nivel

Persoonlijk relaas over één jaar samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen. Duidelijk is dat de huisartsen als onderhandelingspartners niet au serieux worden genomen.

95

Horikx, M.J.

Taakverdeling eerste en tweede echelon/M.J. Horikx.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 24, 1979, p. 769-772
niveau

Beschouwing uitgesproken tijdens het symposium van de Vereniging van Rotterdamse Medische Specialisten en de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam. Het raakvlak van de huisarts en de specialist ligt in de somatische geneeskunde. De gedachtengang over de taakverdeling van eerste en tweede echelon kan dus worden toegespitst tot het somatisch-functionele facet van de huisartsgeneeskunde en het werk van de somatisch werkzame specialist.

Horikx acht het gevaar niet denkbeeldig dat het reveil van de huisartsgeneeskunde gelijk gesteld gaat worden aan bekwaamheid om een deel van de specialistische geneeskunde zelf te gaan beoefenen. Het beschikken over alle mogelijke ziekenhuisfaciliteiten kan een steun zijn voor de huisarts. Als men echter denkt dat dit zal leiden tot het overnemen van specialistisch werk, dan koestert men een illusie. De werkverdeling huisarts-specialist dient niet het karakter te hebben van 'ieder in zijn eigen hok'. Beiden hebben elkaar nodig. Alleen bij een goede samenwerking van huisarts en specialist zal de patiënt de beste gezondheidszorg ten deel vallen.

96

Jacobs, H.M.

Taakopvatting en ziekenhuisbezoek/H.M. Jacobs, F.W.M.M. Touw-Otten en R.A. de Melder.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 22, no. 6, 1979, p. 226-234
niveau

In de secundaire analyse van een gedeelte van de onderzoeksgegevens van De Melker wordt ingegaan op de vraag in hoeverre naast structurele variabelen ook de taakopvatting van de huisarts van invloed is op het veel of weinig bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten. Met behulp van een factoranalyse wordt een taakopvattingen-index geconstrueerd. Vervolgens wordt met behulp van bivariante en multivariante analyse de mogelijke invloed van de taakopvatting en een zestal structurele variabelen op het ziekenhuisbezoek onderzocht. De belangrijkste conclusie van deze analyse is, dat slechts drie van de zeven variabelen van belang zijn bij het al dan niet bezoeken van de ziekenhuispatiënten:

- de taakopvatting van de huisarts;
- de afstand tot het dichtsbijzijnde ziekenhuis;
- de spreiding van de patiënten over de ziekenhuizen.

Om meer inzicht te krijgen in het ziekenhuisgedrag (en meer algemeen het hulpverleningsgedrag) van de huisarts is meer onderzoek naar de invloed van variabelen op micro-niveau gewenst.

97

Jongerijs, J.A.C.

Samenwerking tussen huisarts en specialist: fictie of optie?/J.A.C. Jongerijs.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 16, apr. 1985, p. 491-493

wvc, nivel

De samenwerking tussen huisarts en specialist verloopt naar structuur, inhoud en niveau nog altijd moeizaam. Zouden de specifieke kwaliteiten van beide partijen de samenwerking in complementair verband kunnen bevorderen, in de praktijk blijken ze een goede samenwerking juist in de weg te staan. Gebrek aan respect voor en erkenning van elkaars kwaliteiten en een gebrekkige communicatie zouden hier debet aan zijn.

Beschreven wordt een samenwerkingsvorm volgens het ellipsmodel waarbij de huisarts niet het gevoel krijgt dat een naar een specialist verwezen patiënt

uit z'n gezichtsveld verdwijnt.

98

Kindig, D.A.

Physician specialist growth into the 21st century/D.A. Kindig en N. Cross Dunham.- Journal of Medical Education; jrg. 60, no. 7, 1985, p. 558-559
niveau

Op basis van gegevens afkomstig van de Graduate Medical Education National Advisory Committee wordt een schatting gemaakt van het aantal artsen in de Verenigde Staten in het Jaar 2020. Verwacht wordt dat het maximum van 300 artsen per 100.000 inwoners tussen 2010 en 2020 bereikt zal worden. In 1980 waren er 379.893 artsen (38,8% eerste lijn, 68,2% tweede lijn). Het aantal artsen werkzaam in de primaire zorg zal met 81.000 toenemen (55%), dat van de overige specialismen met 260.000 (111%). In 2020 zal het aantal artsen ongeveer 720.000 bedragen: 31,8% werkzaam in de eerste lijn, 62,8% in de tweede lijn. Ingegaan wordt op maatregelen om een zo evenwichtig mogelijke situatie te bereiken.

99

Lems, P.

De overschatte rol van de huisarts/P. Lems.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 8, 1985, p. 221-223
wvc, niveau

De laatste tien jaar proberen overheid, ziekenfondsen en ziektekostenverzekeringen de rol van de huisarts te versterken. Dit substitutiebeleid berust op de veronderstelling, dat huisartsen via het aantal verwijzingen bepalen, wat er in de tweede lijn gebeurt. De gepropageerde uitbreiding van het takenpakket van de huisarts betreft echter hoofdzakelijk taken die niet concurreren met die van de specialist. De tweede lijn blijkt in de praktijk veel meer te bepalen, wat er in de eerste lijnsgezondheidszorg gebeurt. Beleid m.b.t. substitutie moet zich primair richten op specialisten.

Medisch

Medisch specialist moet naar de eerste lijn gaan.- Het Ziekenhuis; jrg. 12, no. 17, 1982, p. 868
 niveau

Samenvatting van een artikel van de voorzitter van de Centrale Raad voor de volksgezondheid, J.P.M. Hendriks, uit het tijdschrift van het Centrum voor ziekenhuiswetenschappen van de katholieke universiteit te Leuven.

De medisch specialist moet zich in de toekomst op veel grotere schaal beschikbaar houden voor hulpverlening in de eerste lijn. Hij zal een deel van zijn activiteiten moeten verleggen van kliniek en polikliniek naar de behandelkamer van de basisarts. Daarmede wordt de taak van het ziekenhuis beperkt tot datgene wat strikt tot die taak gerekend moet worden, en wordt voorkomen dat de patiënt meer dan strikt noodzakelijk binnen het medisch circuit wordt gebracht.

Melker, R.A. de

Knelpunten in de samenwerking huisarts - specialist /R.A. de Melker.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 20, 1974, p. 631-636
 niveau

Knelpunten bij de samenwerking tussen huisarts en specialist hangen nauw samen met de plaatsbepaling van beide beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Het blijkt dat men verschillende doelstellingen kan nastreven hetgeen tot conflicten aanleiding kan geven. Ook zijn beide zorgsystemen zozeer uit elkaar gegroeid dat het inzicht in elkaars werk en werkomstandigheden veel kleiner is geworden. Een goede communicatie is vaak afwezig. Enerzijds door tekortkomingen van beiden, anderzijds door gebrek aan bereidheid en persoonlijke inzet. De zorgverlening is verbrokkeld, de patiënt het slachtoffer van een gebrekkige samenwerking. Tot slot wordt een

aantal richtlijnen aangegeven voor verbeteringen van structurele-, financiële- (honoreringssysteem) en wetenschappelijke aard, en verbeteringen ten aanzien van onderwijs en patiëntenzorg.

Volgens de schrijver ligt de uitdaging van de gezondheidszorg niet primair bij de verdere ontwikkeling van technische mogelijkheden, maar wel in het leren toepassen van datgene wat wij aan kennis en vaardigheden hebben verworven.

102

Model

Model van een overeenkomst tussen ziekenhuis-huisarts/verloskundige/Nationale Ziekenhuisraad.- Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad, 1981
niveau

Voor een goed verloop van de toenemende verloskundige hulpverlening door huisarts en verloskundige in het ziekenhuis, wordt een gereglementeerde toegang van deze hulpverleners tot het ziekenhuis van belang geacht. Onderhavige modelovereenkomst beoogt een juridische grondslag te verschaffen voor de toelating.

103

Mulder, P.

Prof. Bergsma: geneeskundige zal uit de eerstelijns verdwijnen/P. Mulder.- Het Ziekenhuis; jrg. 15, no. 11, 1985, p. 385-386
niveau

Verslag van een rede uitgesproken door Bergsma op het symposium "Met het oog op de patiënt". Zijn overtuiging is dat de toenemende individualisering van patiënten en de zich uitbreidende technologie in de geneeskunde er op den duur toe zullen leiden, dat de huisarts als eerstelijns-geneeskundige overbodig wordt. De huisarts zal hooguit optreden als toelatingsambtenaar voor de tweede lijn, waar het eigenlijke geneeskundige bedrijf supergespecialiseerd zal functioneren.

104

Poels, E.F.J.

Samenwerking huisarts-specialist. Een Nijmeegs initiatief/E.F.J. Poels en A.L.M. Lagro-Janssen.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 47, 1982, p. 1509-1511
niveau

Nijmeegse huisartsen en specialisten van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis ter plaatse hebben, 117 man sterk, een dag lang gepraat over (hun) samenwerking. Het doel van die studiedag was tweeledig: proberen wrijfpunten 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 consultant van de huisarts of van de patiënt? en moet de ziekenhuiszorg niet veel meer op de eerstelijnszorg worden afgestemd? Een intensiever persoonlijk contact kan daarbij een sleutel tot verbetering zijn. (Zie ook Lagro-Janssen, nr. 44)

105

Post, D.

Verschuiving van tweede naar eerste lijn/D. Post.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 13, mrt. 1985, p. 387-388
niveau

Op 3 gebieden kan de huisartsgeneeskunde taken overnemen van de specialistische geneeskunde: diagnostische onderzoeken, zoals endoscopie; therapeutische verrichtingen, zoals EHBO-handelingen; begeleiding en controle, b.v. bij diabetes en hypertensie. Consequenties: een 3-jarige beroepsopleiding tot huisarts en verplichte nascholing.

106

Riegen, E.J.A.

Toekomstige ontwikkelingen/E.J.A. Riegen.- Huisarts en specialist op een lijn (zie nr. 31), p. 31-45
niveau

De noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg corresponderen in de opvatting van Riegen niet met begrippen als verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, afbakening van competentie en zorgvuldig sectorbeleid. Gepleit wordt voor assimilatie en grensvervaging, zodat voor alle partijen een ruimer en flexibeler werkgebied ontstaat. Door deze ontwikkeling zal een grotere communicatie- en informatiestroom op gang komen tussen alle betrokkenen.

Het betoog is als volgt opgebouwd:

1. algemene tendenzen in vraag en aanbod
2. enkele belangrijke ontwikkelingen in de Oostelijke Mijnstreek
3. heropnamen.

Vervolgens wordt een experiment geïntroduceerd met het doel de vervanging van een flink aantal klinische bedden door een echt dagbehandelingscentrum met handhaving (erkenning) van de nu overeengekomen capaciteit.

107

Rutten, G.

Huisarts, huidarts of patient?/G. Rutten, J. van Eijk en M. Beek.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 11, 1985, p. 325-326

nivel

Artikel over de taakafbakening 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. Zij 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.

108

Rutten, G.

Kleine chirurgie: door wie?/G. Rutten, M. Beek en J. van Eijk.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 12, mrt. 1985, p. 367-368

wvc, niveau

Enquête onder huisartsen en chirurgen over hun taakopvattingen. Huisartsen verschillen sterk van opvatting met de chirurgen op sommige punten. Met name over het hechten van kleine en middelgrote wonden en het verwijderen van aperte benigne huidtumoren, hetgeen door huisartsen tot hun taak wordt gerekend. In discussies over een doelmatig gebruik van eerste-hulp-voorzieningen dient hiermee rekening te worden gehouden. Over het verrichten van een wigexcisie en de rol van de patiënt bij het behandelen van 'complexere' wonden lopen de meningen minder uiteen.

109

Rutten, G.

Controles bij diabetes mellitus; een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten/G. Rutten, J. van Eijk en M. Beek.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 13, mrt. 1985, p. 389-390

wvc, niveau

Huisartsen rekenen de behandeling van type II diabetes tot hun taak en achten zich daartoe competent. De meerderheid van de internisten deelt deze opvatting. Verschillen van opvatting doen zich vooral voor m.b.t. de behandeling met orale anti-diabetica. De behandeling van type I diabetes vinden zowel huisartsen als specialisten in meerderheid specialistenwerk.

110

Rutten, G.

Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg/G. Rutten, J. van Eijk en M. Beek.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 14, apr. 1985, p. 432-434

wvc, niveau

Enquête onder 550 huisartsen en 140 gynaecologen. Beide groepen zijn het erover eens, dat de diagnostiek van vluur vaginalis in de eerste lijn thuis hoort. Mogelijkheden tot verschuiving in de taakafbakening worden vooral gezien t.a.v. het plaatsen van een IUD. Er bestaat weinig vertrouwen in zelfhulp op gynaecologisch gebied.

111

Rutten, G.

Chronische bronchitis/G. Rutten, J. van Eijk en M. Beek.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 15, apr. 1985, p. 457-458

wvc, niveau

Enquête onder 279 huisartsen en 33 longartsen over onderlinge taakafbakening m.b.t. diagnostiek en behandeling van chronische bronchitis. De opvattingen over de vraag wiens taak het is een thoraxfoto te laten maken, lopen uiteen. 60% van beide groepen rekent het verrichten van longfunctie-onderzoek tot de taak van de huisarts. Verschillen in opvatting m.b.t. de therapie berusten voornamelijk op verschillen in beoordeling van de competentie van de huisarts. Specialist schatten de mogelijkheden van zelfzorg iets groter.

112

Rutgers, M.J.

Meningen van huisartsen en specialisten gepeild: de zorg voor epilepsiepatiënten/M.J. Rutgers.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 24, jun. 1985, p. 721-724

wvc, niveau

Van de ondervraagde huisartsen bleek 75% het eens met de stelling, dat de taak van de Nederlandse huisarts m.b.t. de behandeling en begeleiding van epilepsiepatiënten kan worden verruimd en specialisten louter verantwoordelijk zijn voor diagnostiek en instelling op anti-epileptica. Van de on-

dervraagde specialisten wees 67% de stelling af.

113

Rutgers, M.J.

De zorg voor epilepsiepatiënten: een onderzoek onder patiënten/M.J. Rutgers.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 25, 1985, p. 756-757

wvc, niveau

Enquête onder patiënten met epilepsie naar hun opvatting over de stelling, dat de taak van de Nederlandse huisartsen m.b.t. de behandeling en begeleiding kan worden verruimd. De patiënten blijken over het algemeen tevreden over de status quo, maar wijzen veranderingen in de taak van de huisarts in de toekomst zeker niet af.

114

Samenwerking

Samenwerking in de eerste lijn kan beter: geen uitbreiding van voorzieningen.- Blauwdruk; jrg. 4, no. 1, 1986, p. 1-2

niveau

Een samenhangende structuur in de eerstelijnsgezondheidszorg kan ertoe leiden dat mensen vaker en beter thuis verzorgd kunnen worden. Betere samenhang wordt niet bereikt door uitbreiding van voorzieningen, maar door een herschikking van taken en door reorganisatie. De Ziekenfondsraad wil daarvoor wegen aangeven.

Dat was de belangrijkste conclusie van de discussie over het advies "Samenhangende zorgstructuur" dat tijdens de raadsvergadering van 19 december 1985 unaniem werd aangenomen.

115

Schadé, E.

De patient met een carcinoom/E. Schadé en H.J. Brouwer.- Patient Care; jrg. 12, no. 6, 1985, p. 26-32

niveau

Bij de carcinoom patiënt gaat het over de vraag hoe de therapie en de begeleiding thuis en in het ziekenhuis zo goed mogelijk op elkaar kunnen worden afgestemd.

Vele huisartsen hebben het gevoel dat zij bij de begeleiding van de patiënt die opgenomen is in het ziekenhuis nauwelijks of geen rol spelen. Het tegendeel is volgens de schrijvers het geval. De huisarts is een belangrijke intermediair tussen ziekenhuis-patiënt-buitenwereld. Een actieve rol van de huisarts bij het meedelen van de diagnose en prognose is aan te bevelen. Het is nuttig dat de huisarts en de specialist hierover afspraken hebben.

116

Schadé, E.

De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker /E. Schadé.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 28, no. 11, 1985, p. 366-368+375
niveau

Bij 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. Problemen bij de behandeling en begeleiding kunnen eenvoudiger worden opgelost wanneer huisarts en specialist inzicht hebben in elkaars werkvelden en taken. Bovendien is samenwerking met andere hulpverleners noodzakelijk.

117

Staveren, G. van

Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen/G. van Staveren.- Amsterdam: VU, 1984.- proefschrift Amsterdam: lit.opgn., samenv.
wvc, niveau

Verslag van een onderzoek naar de gevoelsmatige reacties van huisartsen op hun (veranderde) situatie in de praktijk, de samenhang tussen hun taakop-

vatting en werkwijze en de rol die het medisch onderwijs in de ontwikkeling van de taakopvatting en werkwijze bij huisartsen speelt. Enkele resultaten: hoe positiever een huisarts staat tegenover persoonsgerichtheid, des te meer persoonsgerichte gedragskenmerken zijn werkwijze vertoont in contact met patiënten. De persoonsgerichtheid hangt enerzijds samen met politieke progressiviteit en anderzijds met het ervaren van financiële druk.

118

Stolte, J.R.

Huisarts en specialist in de samenleving/J.R. Stolte.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 25, 1974, p. 812-814.- Huisarts en specialist VII
niveau

Om de onderscheiden posities van huisarts en specialist in de samenleving te begrijpen kan wellicht de bestudering van de plaats van de zieke en van het gezin ten opzichte daarvan van nut zijn. De huisarts wordt gezien als de 'steeds' ter beschikking staande toegang tot het stelsel van gezondheidszorg. Hij staat dicht bij het gezin in tegenstelling tot de specialist die zich in de thuissituatie niet in staat acht goed te functioneren. In de wijze van honorering komt de verschillende verhouding van huisarts en specialist ten opzichte van de patiënt tot uiting. De huisarts vindt zijn verantwoordelijkheid voor de verschaffing weerspiegeld in het abonnementstarief (bij de particuliere patiënt een stuktarief). De specialist wordt op stuktarief gehonoreerd. De problemen van het abonnementstarief komen niet tot een oplossing wanneer de artsen in dienstverband zouden werken. De loyaliteit geldt in de eerste plaats voor de patiënt en niet voor de organisatie. Het opgaan in het organisatorische verband van het medische centrum of de groepspraktijk leidt tot bureaucratische tendensen in het beroep van de huisarts en verhoogt mogelijk de 'drempel' voor de patiënt.

Swinkels, M.A.A.

Samenwerking tussen eerste- en tweedelijsgezondheidszorg te Hoogeveen/M.A.A. Swinkels en J.P. Dopheide.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
niveau

Beschreven wordt welke samenwerkingsrelaties er bestaan tussen de verschillende hulpverleners in en rond Hoogeveen, en welke knelpunten er in deze relaties worden onderkend. Het materiaal is verzameld door telefonische interviews. Huisartsen en specialisten kregen daarnaast nog een schriftelijke vragenlijst toegezonden.

Huisartsen lijken wat meer 'kosten' voor de samenwerking te moeten opbrengen dan specialisten, maar zijn daartoe zeker bereid, omdat zij samenwerking nog belangrijker vinden dan hun specialistische collegae, voor wie samenwerken overigens ook essentieel is. Het grootste (en eigenlijk enige) probleem tussen huisarts en specialist is te vinden in de onderlinge taakafbakening. Vooral over de rol die de huisarts nog zou moeten spelen bij de behandeling van een verwezen patiënt, bestaat verschil van inzicht: huisartsen 'claimen' aanmerkelijk meer dan de specialisten als redelijk ervaren. Het gestructureerde overleg tussen beiden werd tijdens de looptijd van het onderzoek opgeschort.

Een manier om de samenwerking weer vlot te trekken is het pogen protocollen op te stellen: afspraken over de behandeling van veel voorkomende aandoeningen, die zowel eerste- als tweedelijsaspecten hebben.

Thiadens, A.J.H.

Arts en patient:collega/A.J.H. Thiadens.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 26, 1974, p. 861-864.- Huisarts en specialist VIII
niveau

Steeds meer patiënten worden zich hun afhankelijke positie tegenover arts en specialist bewust. Te weinig nog zien de patiënten de arts als een gewoon medemens, die het ook niet allemaal weet en die ook kan falen. We zullen af moeten van het deskundigheids-syndroom, van de idee dat met deskundigheid alles kan worden opgelost.

Het blijkt dat klachten van patiënten zich niet zo zeer richten op de kwaliteit van de aangeboden zorg als wel op de wijze waarop deze zorg wordt aangeboden.

In dit artikel beperkt de schrijver zich tot het verwijzen naar het verloop van crises in fasen, crisesverwerking en crisesinterventie, en past deze gegevens toe op de specifieke collectieve crisis bij de medewerkers in de gezondheidszorg. Daartoe wordt in een bijgaand figuur de patiënt-arts-ontmoeting-in-crisis schematisch weergegeven.

121

Vorst, F.A.

Inventarisatie/F.A. Vorst.- Huisarts en specialist op één lijn (zie nr. 31), p. 19-30
niveau

Overzicht van de samenwerkingsvormen die in Nederland tussen huisarts en specialist zijn ontwikkeld. Inventarisatie van de consequenties en verwachtingen ten aanzien van de toekomst en hoe de knelpunten worden opgelost.

De mogelijkheden voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn en voor een verschuiving van taken tussen deze beiden worden beheerst door inhoudelijke vragen: wie moet wat waar doen en hoe? Deze essentiële vragen komen steeds uit op het allesbeheersende probleem van taakverdeling en taakafbakening tussen beide echelons en de marge van verschuiving die mogelijk is zonder kwaliteitsverlies. Met name geldt dit voor de kerndisciplines.

Vrij, A.

"De huisarts, een knooppunt functionaris"/A. Vrij.-
s.l.: s.n., 1983
niveau

Voordracht symposium Samenwerking Ziekenhuis en Eerstelijns op 19 april 1983 te Den Haag.

Vrij verdedigt de stelling dat het eerstelijnsgezondheidsteam ook tijdens de opname van een patiënt medeverantwoordelijk blijft voor diens gezondheidszorg omdat:

1. deze zorg meer inhoudt dan alleen curatief geneeskundige zorg;
2. de ziekenhuisopname een -vaak kritische- episode de betekent in het continuüm van de zorg die de eerste lijn biedt;
3. het eerstelijnsgezondheidsteam (ook) de zorg heeft voor de overige leden van het primaire leefverband van de opgenomen patiënt.

Hierbij kan nu eens de huisarts, dan eens de wijkverpleegkundige of de maatschappelijk werker de coördinerende rol tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg het beste vervullen.

Een goede werkrelatie tussen eerste lijn en ziekenhuis is een voorwaarde voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Uit deze stelling leidt Vrij drie desiderata af:

1. bevordering van de samenwerking, door bevordering van de organisatorische samenhang in de eerstelijnsgezondheidszorg;
2. in de basis- en beroepsopleidingen meer systematische aandacht voor en training in samenwerking.
3. bevorderen van overleg ter verduidelijking en vervolgens afstemming van taken, en ter ontwikkeling van procedures voor de samenwerking.

3. DIAGNOSTISCHE FACILITEITEN; CONSULTATIE; VERWIJZEN

123

Albeda, B.L. van

Huisarts en ziekenhuis: scriptie cursus ziekenhuisbeleid 1978/B.L. van Albeda.- Winschoten: s.n., 1979
niveau

De huisarts ontvangt voor het merendeel van zijn patiënten (van het ziekenfonds) een abonnementshonorarium. Men zou als huisarts -als het alleen om inkomen ging- geneigd kunnen raken vanwege het honoreringssysteem 'de ziekenfondspatiënt snel(ler) door te verwijzen en de 'particuliere patiënt' lang(er) zelf te behandelen. Dan immers snijdt het inkomensmes aan twee kanten.

Anders ligt het bij de specialist. Deze wordt per verrichting gehonoreerd, zodat het voor hem -financieel gezien- noodzakelijk is patiënten verwezen te krijgen.

Door deze constructie ontstaat er een soort patiëntenstroom 'opwaarts' van eerste naar tweede echelon, mede samenhangend dus met de honoringsstructuur van huisarts en specialist, waardoor er 'onzuiverheden' in de 'verwijsstroom' terecht komen.

Het zou interessant zijn na te gaan of er in het verwijzpatroon van de huisarts ook verandering zou ontstaan als bijvoorbeeld het abonnementshonorarium zou worden verlaagd, maar er daarentegen een aparte vergoeding zou worden gegeven voor een aantal handelingen die net zo goed door de huisarts gedaan kunnen worden als door de specialist.

(Zie ook nr. 1)

124

Barr, D.M.

Primary and consultant care. Can they be distinguished?/D.M. Barr.- Journal of the American Medical Association; jrg. 243, no. 24, 1980, p. 2510-2512

nivel

Artikel over de geschiktheid van nationale gegevens om onderscheid te kunnen maken tussen eerste-lijnszorg en consultatiezorg. Er blijkt grotere inspanning nodig te zijn om lopende gegevens te verzamelen om beide zorgverleningen te kunnen onderscheiden op functioneren.

125

Bensing, J.

Consultatieproject Eindhoven: verwijspatronen/J. Bensing en P. Verhaak.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.- dl III

nivel

Verslag van een consultatieproject waarin door een viertal medewerkers van de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven consultatie wordt gegeven aan zes huisartsen van de Philips Medische Dienst. In het algemeen kan worden gesteld dat consultatie de verwijspatronen van de artsen niet heeft veranderd, noch dat de relatie tussen eerste en tweede lijn aanzienlijke veranderingen heeft ondergaan. Wel kan gesproken worden van enige kennisvermeerdering op het gebied van de te hanteren meettechnieken. Een aantal problemen op dit gebied wordt besproken en er worden suggesties gedaan voor mogelijke verbeteringen.

126

Bergsma, J.

Huisarts en oncologische consultatie/J. Bergsma.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 28, no. 11, 1985, p. 370-372

nivel

Op basis van interviews met 28 huisartsen binnen de regio van een integraal kankercentrum wordt een aantal problemen beschreven die zich met betrekking tot de oncologie lijken voor te doen in de relatie tussen huisarts en specialist. De huisarts behoort



niet tot de ingewijden in het kennisgebied van de oncologie en moet ook in andere opzichten afhaken. Op basis hiervan ontstaan twee tendensen in de verwijzing:

- Een gewijzigde verwijsattitude die veeleer het karakter krijgt van een volledig overdragen van de patiënt.
- Het blijven begeleiden van de patiënt, maar dan langs informele kanalen.

Het statusverschil tussen huisarts en specialist wordt geaccentueerd c.q. vergroot, wat van weerskanten leidt tot een sterke neiging deze afstand op subjectieve wijze in te vullen of te interpreteren. Hiermee wordt een vicieuze cirkel gecreëerd.

127

Boerma, W.G.W.

Kontakten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn/W.G.W. Boerma.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.- Studies naar samenwerking

I

niveau

Onderzoek naar contacten tussen huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra en hulpverleners in de tweede lijn. Gegevens worden per samenwerkingsverband verzameld door middel van uitgebreide telefonische interviews met een contactpersoon in 86 gezondheidscentra en 67 groepspraktijken. De vragen hebben alle betrekking op de geregelde, meer duurzame werkcontacten met hulpverleners in de tweede lijn in het eigen werkgebied, zowel medisch specialisten als werkers in de geestelijke gezondheidszorg. Werkrelaties met specialisten in categorale ziekenhuizen en in verpleegtehuizen blijven buiten beschouwing. Wel zijn de gegevens verzameld over de mate waarin de huisartsen gebruik maken van diagnostische faciliteiten in ziekenhuizen en de frequentie waarmee zij opgenomen patiënten bezoeken; in beide situaties kan een huisarts immers makkelijk in contact komen met specialisten.

Het onderzoek heeft een groot aantal kwantitatieve en verrassende gegevens opgeleverd. Zo blijken huisartsen selectief te werk te gaan in hun werkcontacten met de tweede lijn. Zowel bij nascholing als bij het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen doen zij doorgaans slechts 'zaken' met een beperkt aantal ziekenhuizen. Interessant is ook dat samenwerkingsverbanden met veel contacten met medisch specialisten niet vanzelf ~~ook~~ veel contacten hebben met de geestelijke gezondheidszorg. Kennelijk zijn de motieven voor werkrelaties met somatische en geestelijke gezondheidszorg niet dezelfde.

128

Bol, J.

De poliklinische bevalling en de samenwerking tussen verloskundige, huisarts en specialist-obstetricus/J. Bol, C.A.R. van Meer-Tilanus, J. Benner e.a..- Tijdschrift voor Verloskundigen; jrg. 9, no. 4, 1984, p. 129-137

wvc, niveau

De selectie voor een bevalling onder leiding van een vroedvrouw of huisarts, dan wel voor een bevalling met specialistische hulp gebeurt meestal in de eerste lijn; soms verzoekt het eerste echelon een systematisch selectie-onderzoek van alle zwangeren door een specialist-obstetricus. Beide werkwijzen worden met elkaar vergeleken. Er blijkt een verschil in het verwijzingspatroon van verloskundige of huisarts naar de specialist. De resultaten verschillen niet.

129

Bork, J.J. van

Poliklinische psychiatrische consultatie: een nieuwe vorm van samenwerking tussen huisarts en psychiater/J.J. van Bork.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 31, 1974, p. 993-994.- Huisarts en specialist XIII

niveau

De consultatie op de polikliniek in het Willem Arntz Huis onderscheidt zich principieel van de Balintmethode en de Caplantetechniek. Bij deze werkwijzen heeft de deskundige geen persoonlijk contact met de patiënt. Hij krijgt zijn informatie in de Balintgroep uit de tweede hand; ook de deskundige in de Caplanconsultatie maakt geen kennis met de cliënt. Op de genoemde polikliniek wordt de patiënt door de huisarts telefonisch aangemeld. Bij de aanvang van het onderzoek wordt de aandacht onmiddellijk gericht op wat er zich tussen huisarts en patiënt zoal heeft afgespeeld en door de patiënt de bedoeling van zijn bezoek aan de polikliniek uit te leggen, wordt vermeden dat er een afhankelijkheid tussen patiënt en de poliklinisch werkzame specialist ontstaat. De verantwoordelijkheid blijft zo bij de huisarts.

Opgemerkt dient te worden dat deze (tijdrovende) werkwijze economisch alleen mogelijk is voor een in dienstverband werkende specialist.

130

Braak, E.M. ter

Verwijzen of niet? Kijken naar interdoktersverschillen als methode van toepassing/E.M. ter Braak en G.Th. van der Werf.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 27, no. 10, okt. 1984, p. 334-337
niveau

De aanleiding tot dit onderzoek werd gevormd door de sterke verschillen tussen de vier huisartsen van een groepspraktijk. Om enige greep op de oorzaken van deze verschillen te krijgen, namen de auteurs, onafhankelijk van elkaar, bij zeventien patiënten een beslissing over de vraag of de patiënt al dan niet verwezen zou moeten worden. Aan de hand van deze casuïstiek worden de gevonden verschillen geanalyseerd, en wordt besproken welke overwegingen en omstandigheden een rol spelen bij de beslissing om wel of niet te verwijzen. Tenslotte wordt ingegaan op de intercollegiale toetsingsaspecten van deze vorm van consultatie.

Bremer, G.J.

Het verwijzen in de huisartspraktijk/G.J. Bremer.- Assen: Van Gorcum, 1964.- dissertatie
niveau

De schrijver bespreekt in deze studie de problematiek rondom het verwijzen van patiënten naar de specialist. Tevens brengt hij verslag uit van een onderzoek door hem in de eigen praktijk verricht. Bij dit onderzoek wilde de schrijver o.a. weten wat het resultaat van het verwijzen was. Hiertoe werd het begrip 'diagnostisch niveau' ingevoerd. Hij onderscheidt er vier:

1. de huisarts heeft een diagnose gesteld;
2. de diagnose staat niet vast, er is een keuze tussen enkele mogelijkheden. Een bepaalde diagnose lijkt het meest waarschijnlijk;
3. de patiënt vertoont verschijnselen die min of meer richtinggevend zijn voor een verder onderzoek, maar het aantal diagnostische mogelijkheden is groot;
4. de huisarts heeft er geen idee van welke diagnose gesteld moet worden.

Deze indeling maakt het mogelijk, wanneer de diagnose van de specialist bekend is, het niveau van de diagnose van de huisarts te beoordelen tegen de achtergrond van de diagnostische mogelijkheden in de huisartspraktijk.

Brouwer, W.

Diagnostisch Centrum Maastricht: de relatie 1e-2e lijn in intwikkeling. Evaluatie van het experiment/W. Brouwer, P.D. Kerkhof en P. Pop.- Maastricht: Rijksuniversiteit, 1983.- eindrapportage.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 34, 1982, p. 1019-1023 en jrg. 39, no. 24, 1984, p. 749-752
niveau

Samenwerking en communicatie tussen huisarts en specialist laten nogal te wensen over. Steeds meer

artsen blijken de mening toegedaan dat het voor de patiënt noodzakelijk is de eerste en tweede lijn beter op elkaar af te stemmen. Niettemin zijn er nog weinig projecten die de verbetering van deze relatie eerste-tweede lijn tot doel hebben. Tijdens het experiment (1979-1982) kon geïnstitutionaliseerd aandacht worden besteed aan het opstellen van plannen ter verbetering van de communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist. De resultaten laten de volgende conclusies toe:

- via de DC-registraties is meer inzicht verkregen in het gebruik van diagnostische faciliteiten door huisartsen;
- de DC-activiteiten blijken een doelmatig gebruik van bepaalde diagnostische faciliteiten te hebben bevorderd;
- de samenwerking tussen huisarts en specialist werd geïntensiveerd via besprekingen in de voorbereidende fase van het DC.

Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan.

133

Brunschot, C.J.M. van

Samenwerking door huisartsen: een vergelijkende case-study/C.J.M. van Brunschot.- Tilburg: Instituut voor Gezondheidszorg, 1984

nivel

Het onderzoek heeft betrekking op drie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorgenconcentreert zich op de waarde van de samenwerking, vooral die tussen huisartsen. Ten aanzien van de relatie met de tweede lijn blijken alle negen betrokken huisartsen contacten te onderhouden met specialisten, zowel telefonisch als face-to-face. Als bezwaren worden in een praktijk genoemd dat wegens tijdgebrek van de huisartsen de contacten niet intensief genoeg zijn en dat de specialisten toch veel zelf bepalen zonder met de huisarts te overleggen.

Gevraagd is naar het percentage van de door huisarts of assistente uitgeschreven verwijskaarten

waarop de huisarts weinig of geen invloed heeft. In de praktijk met bovengenoemde bezwaren ligt dat percentage tussen 10% en 20%. In de andere twee praktijken worden percentages genoemd van 50%, 55% en 60% met als uitschieter zelfs 80%.

134

Bungeroth, K.A.

Umgang zwischen Hausarzt und Krankenhaus/K.A. Bunge-roth en M.J. Halhuber.- Der Praktische Arzt; jrg. 18, no. 19, 1981, p. 2395-2405

nivel

Alle artsen zijn het erover eens dat de communicatie tussen de gevestigde en in het ziekenhuis werkzame collega's te wensen overlaat. Men is het erover eens dat de schuld daaraan niet eenzijdig is. Gezocht wordt naar mogelijkheden tot verbetering. De volgende uiteenzetting -vanuit het oogpunt van revalidatieklinieken- moet tenminste stof tot discussie opleveren. Ingegaan wordt op de inhoud die een verwijsbrief beslist moet bevatten; het telefonische contact van de huisarts en de inhoud van de ontslagbrief.

135

Burkens, J.C.J.

Consultatie in beide richtingen/J.C.J. Burkens.- Me-disch Contact; jrg. 29, no. 22, 1974, p. 705-708.- Huisarts en specialist IV

nivel

Consultatie is een vorm van samenwerking tussen artsen, waarbij kenmerkend is dat een arts de behandeling en de verantwoordelijkheid daarvoor houdt en de andere arts hem adviseert.

In dit artikel wordt geprobeerd aan te tonen dat het karakter der consultering in de laatste decaden is veranderd. Nagegaan wordt hoe het in de toekomst mogelijk moet zijn verloren kenmerken van het consult -namelijk het persoonlijk contact tussen huisarts en specialist en een wederkerigheid in de

consultatie, met daarbij een betere voorbereiding en follow-up van het consult- terug te winnen zonder de vooral technische verworvenheden in de waagschaal te stellen.

136

Carlisle, J.R.

The legal relationship of doctor and hospital/J.R. Carlisle.- Canadian Family Physician; jrg. 29, aug. 1983, p. 1481-1483

nivel

Terwijl artsen die in ziekenhuizen werken over het algemeen gezien worden als onafhankelijke contractanten, de meesten hebben daarnaast een zelfstandige praktijk, die verantwoordelijk zijn voor de patiënt en voor wie het ziekenhuis door de patiënt niet aansprakelijk kan worden gesteld, is er door enkele recente gevallen verandering in deze aanname gekomen. Vooral bij spoedgevallen waar de patiënt geen keus heeft dan die arts die op dat moment dienst heeft.

Deze veranderingen hebben belangrijke gevolgen voor de verzekeringssituatie sinds ziekenhuizen gerechtigd zijn iemand te vervolgen voor wie zij aansprakelijk zijn gesteld. Als voorwaarde voor het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten door artsen kunnen zij vergaande eisen stellen ten aanzien van de schadedekking van deze artsen.

137

Carne, S.

A problem halved?/S. Carne.- Journal of the Royal College of General Practitioners; jrg. 32, no. 231, 1982, p. 10-31

nivel

Uitgebreid artikel over de geschiedenis van de ontwikkeling van het verwijssysteem in Groot-Brittannië en de effecten van consultatie op de drie betrokken partijen: de patiënt, de specialist en de huisarts.

De rol van de huisarts is die van de eerste vaststeller van te voren onbekende klinische problemen, gekoppeld aan de taak van het bepalen hoe het beste aan de behoefte kan worden voldaan.

Een van de belangrijkste taken is de coördinatie van alle mogelijkheden van geneeskunde en maatschappij. De eigen mogelijkheden van een enkele arts kunnen nooit voldoende zijn om tegemoet te komen aan de medische behoeften van zijn of haar patiënt.

Verwijzen naar een specialist voor consultatie is een essentieel onderdeel van goede medische zorg. Huisartsen dienen te weten welke leden van het gespecialiseerde diagnostische en therapeutische orkest beschikbaar zijn in de hulp aan de patiënt en wanneer zij hen moeten en kunnen raadplegen.

138

Caláço Belmonte, J.A.F.

Case-overleg als alternatief naast consultatie/J.A.F. Colaço Belmonte.- Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 10, no. 12, 1982, p. 4-6
niveau

Om het aantal verwijzingen van de eerste lijn naar de tweede lijn terug te dringen, is het nodig de eerste te versterken. Schrijver is van mening dat dit het beste door de tweede lijn kan gebeuren.

Een vorm van een dergelijke versterking heeft tot dusver veel accent gehad: de consultatie. Daar is ervaring mee opgedaan, er zijn cursussen, supervisie, er is uitvoerig over geschreven. Om de essentie van consultatie te vatten wordt nader ingegaan op wat een aantal definities gemeenschappelijk heeft. Een van de conclusies is dat er naast consultatie zoals deze nu wordt omschreven en toegepast, behoefte bestaat aan een andere vorm van eerste/tweedelijnscontact, namelijk een waarin directe raadpleging centraal staat. Die vorm dient dan wel duidelijk een eigen gezicht en een eigen naam te krijgen. Voor dat laatste komt de term case-overleg in aanmerking.

Cummins, R.O.

Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information/R.O. Cummins, R.W. Smith en T.S. Inui.- the Journal of the American Medical Association; jrg. 243, no. 16, 1980, p. 1650-1652
 nivel

Een tweemans huisartspraktijk, op minder dan 80 km. van twee universitaire medische centra, verwerkte 4.367 patiëntenvisites in zes maanden. Hiervan werden er 233 (5,3%) verwezen voor consultatie. Al deze patiënten werden voorzien van verwijzingsmateriaal en een verzoek om nadere inlichtingen voor de huisarts. Gemiddeld werd 62% beantwoord. Zelfstandige specialisten gaven aanzienlijk meer informatie (78%) dan de aan universiteit verbonden eerstehulp klinieken en de universitaire specialisten klinieken. Patiënten die verzochten om continue medische supervisie van de arts verging het slecht: nadere informatie kwam slechts in 54% van de gevallen. De tijdsduur en methode in het voorzien van nadere informatie werd onderzocht en in de gevallen dat er werd geantwoord met een voldoende beoordeeld.

Damme, D. van

Kritische analyse van verwijfsbrieven naar specialisten/D. van Damme.- Huisarts nu; jrg. 8, no. 1, 1979, p. 8-9
 nivel

Peiling naar de kwaliteit van 100 verwijfsbrieven voor opname van patiënten in een algemeen ziekenhuis. Er werden notities gemaakt betreffende vorm en inhoud. Twintig procent der verwijfsingen geeft geen enkele inlichting, slechts iets meer dan een vierde (28%) van de huisartsen geeft de genomen medicatie aan. In het algemeen worden de meest volledige verwijfsbrieven door jonge huisartsen geschreven, alhoewel de oudere collega's hun pa-

tiënten normaliter beter zouden moeten kennen.

141

Demmers, W.

Een diagnostisch centrum bij een algemeen ziekenhuis/W. Demmers, J.A.M. Elich en J. van Mansvelt.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 12, 1984, p. 365-370
niveau

Evaluatie van het experimenteel Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO 1978-1982). Het leek de schrijver de moeite waard aan de hand van gegevens over de totale vier jaar nog eens opnieuw te bezien welke ontwikkelingen met betrekking tot het gebruik van diagnostische voorzieningen en de daarmee samenhangende kosten kunnen worden gesignaleerd en welke conclusies en aanbevelingen uit de ervaringen met dit experiment zouden kunnen voortvloeien.

Zij constateren dat het vooral de bereidheid een verschuiving van tweede naar eerste lijn te bewerkstelligen en de kosten te beheersen is geweest, die ertoe heeft geleid dat van een geslaagd experiment kan worden gesproken. Op grond van die bevindingen bepleiten zij, geclausuleerd, voortzetting van de DCO als onderdeel van het samenwerkingsproject 'Eerste-Tweede Lijn'.

142

Dokter, H.J.

Is er toekomst voor generalisatie in de geneeskunde?/H.J. Dokter en P. van Berkel.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 40, 1984, p. 1296-1298
wvc, niveau

Beschouwing over de zin van generalisatie in de geneeskunde en de gezondheidszorg bij een toenemend aantal verwijzingen naar superspecialismen. Het beleid t.a.v. de versterking van de eerste lijn kan alleen slagen, indien de aangewezen 'eerstelijns' academische ziekenhuizen hun takenpakket optimaal afstemmen op het generalistische karakter van de eerstelijnsgezondheidszorg

143

Donald, I.P.

Sigmoidoscopy/proctoscopy service with open access to general practitioners/I.P. Donald, J.S. Fitzgerald Frazer en S.P. Wilkinson.- British Medical Journal; jrg. 290, no. 6470, 1985, p. 759-761

wvc, nivel

Beschrijving van de ervaringen met een diagnostische ziekenhuisfaciliteit (proctosigmoidoscopie) t.b.v. huisartsen. De meeste huisartsen toonden zich zeer tevreden. Het aantal aanvragen voor colon-inloopfoto's daalde.

144

Dopheide, J.P.

Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten voor huisartsen/J.P. Dopheide en J. van der Zee.- Medisch Contact; jrg. 35, no. 29, 1980, p. 879-884

nivel

Hoewel enerzijds gebruik wordt gemaakt van oud (onderzoeksmateriaal) en slechts één gevalsbeschrijving, zijn de resultaten dusdanig sprekend dat het onwaarschijnlijk is dat uitbreiding van diagnostische faciliteiten voor huisartsen zonder meer een verlaging van het verwijscijfer met zich mee zal brengen. Alleen onder bepaalde condities zal dit het geval zijn.

145

Es, J.C. van

Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken/J.C. van Es en H.R. Pijlman.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 13, no. 12, 1970, p. 433-449

nivel

Gedurende vier weken werd in 122 huisartspraktijken van alle verwijzingen van ziekenfondspatiënten een aantal gegevens geregistreerd. In totaal waren dit ruim achtduizend verwijzingen. Het blijkt dat van

alle verwijzingen ongeveer een kwart verwijzingen zijn ter voortzetting van de specialistische behandeling na een jaar. Na uitzuivering van deze verwijzingen en na het uitsluiten van de verwijzingen wegens refractieafwijkingen, blijken in het jaar van onderzoek 22,2 patiënten per honderd ingeschreven patiënten per jaar naar een specialist te worden verwezen of wel 6,8 per honderd arts-patiënt-contacten.

Uit het onderzoek blijkt voorts, welke ziekten vooral bijdragen tot het verwijzen naar een specialist. Zo wordt 1,5% van de infectieziekten naar een specialist verwezen, 8% van de psychische stoornissen (met uitsluiting van psychose en depressie), 21% van de lage rugklachten en 100% van de hartinfarcten en maligne aandoeningen.

146

Es, J.C. van

Grondvoorwaarde samenwerking/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 7, febr. 1984, p. 199

wvc, niveau

Ondanks goede wil van beide zijden vertoont de samenwerking tussen specialist en huisarts fundamentele tekorten. Deze tekorten belemmeren in het bijzonder de continuïteit in de zorg voor patiënten. Verwijzing naar een specialist betekent in feite een tijdelijke en soms zelfs blijvende overdracht van de zorg voor een patiënt. Van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de behandeling komt niet veel terecht. Het blijkt dat de communicatie over de patiënt in hoofdzaak via verwijs- en ontslagbrief plaatsvindt.

147

Es, J.C. van

Inzicht versus toezicht/J.C. van Es.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 49, dec. 1984, p. 1563

niveau

Hoofdredactionele beschouwing over de invloed van de huisarts op de duur van de poliklinische specialistische behandeling en over de bewaking van de privacy van patiënten in geautomatiseerde registratiesystemen.

148

Grinten, R. van der

Communicatie huisarts-internist/R. van der Grinten.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 26, 1981, p. 777-781
niveau

Huisartsen en klinisch specialisten werken in twee gescheiden systemen, waartussen vaak een slechte communicatie bestaat. De huisartsen verwijzen patiënten doorgaans. Consultatie geschiedt zelden.

Een poging werd gedaan om het effect na te gaan van geregelde consultatie van een internist door vier huisartsen in het Gezondheidscentrum Withuis te Venlo. Van vier jaar ervaring wordt verslag gedaan, waarbij onder andere werd geregistreerd welke ziektebeelden werden besproken, welke invloed de consultatie had op het beleid van de huisarts in dit specifieke geval en op de communicatie van de huisarts met de specialist.

Naar het oordeel van de betrokken huisartsen verbeterde de communicatie met de internist sterk. Van een veranderd beleid kwam geen duidelijk beeld naar voren.

149

Grijn, D. van de

Interim rapport evaluatie experiment diagnostische centrum Oudenrijn/D. van de Grijn en D. Wijkel.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut etc., 1981
(Zie Wijkel nr. 191)

niveau

150

Haan, M.C. den

Huisarts en ziekenhuis/M.C. den Haan.- Medisch Con-

tact; jrg. 29, no. 21, 1974, p. 675-680.- Huisarts en specialist III
niveau

Uitgebreide beschouwing over de relatie huisarts en ziekenhuis. De structuur van de gezondheidszorg in Nederland heeft gemaakt, dat er geen geïnstitutionaliseerde relatie bestaat tussen huisarts en ziekenhuis. De relatie die wel bestaat is die tussen de huisarts en de in het ziekenhuis werkende specialist, maar zij hebben ~~ook~~ tegenstrijdige belangen. Goede relaties specialist-huisarts zijn voor een ziekenhuis echter van vitaal belang omdat de patiënten praktisch allemaal via huisartsen in het ziekenhuis komen. Ingegaan wordt op de hulp van het ziekenhuis aan de huisarts in de vorm van diagnostische faciliteiten (statistische gegevens), de ontslagbrief (nazorg), nascholing, bezoeken van patiënten en de plaats van de huisarts in het ziekenhuis. Ten aanzien van het laagste punt worden de toekomstige ontwikkelingen besproken:

- verdere verkorting van de verpleegduur;
- verschuiving van klinische naar poliklinische patiënten;
- dagziekenhuizen.

Dit alles binnen het kader van een ordening van de gezondheidszorg in de regio. Schrijver geeft een bespiegeling van een experiment met een (huisartsen)gezondheidscentrum annex ziekenhuis.

151

Hageman, H.J.

Verlaglegging van specialist aan huisarts/H.J. Hageman, H. van Griffen en W.A. Meyboom.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 16, 1984, p. 513-514
niveau

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 ze 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. Verbetering zal echter pas tot stand komen wanneer de attitude en motivatie van de specialisten ten opzichte van de verslaggeving voldoende positief kan zijn. De intercollegiale toetsing kan dan een nuttig hulpmiddel zijn bij het verbeteren van de verslaggeving. In de (nabije) toekomst voorzien de schrijvers een vergaande automatisering van deze verslaggeving. Besproken worden de voor- en nadelen hiervan.

152

Hansen, J.P.

Factors related to an effective referral and consultation process/J.P. Hansen, S.E. Brown, R.J. Sullivan e.a..- Journal of Family Practice; jrg. 15, no. 4, 1982, p. 651-656

nivel

141 verwijzingen door huisartsen werden onderzocht met het doel informatie te verkrijgen over het verwijs-consultatie proces en factoren op te sporen die van invloed zijn op de uitkomsten. Antwoord werd ontvangen in respectievelijk 88% (openbare praktijken), 75% (universitaire faculteitspraktijken) en 43% (universitaire extramurale klinieken) van de gevallen. Naar het oordeel van de verwijzende artsen nam de kwaliteit van de consultaties toe naar mate er meer informatie aan de consultant werd verstrekt. De gegevens duiden erop dat het beter zou kunnen wanneer de verwijzende arts brieven stuurt aan en persoonlijk contact opneemt met de te consulteren arts.

153

Huisarts

Huisarts kan meer van specialist overnemen.- Weekblad Gezondheidszorg; jrg. 1, no. 12, 1981, p. 3

nivel

Gesprek met twee leden van het centraal bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), F.M. Vernooy en J.B. Schueler. De huisarts kan meer zelf doen dat nu door de specialist in het ziekenhuis gebeurt. Dat is goedkoper. Consulten van de specialist aan de huisarts met behulp van een advies- of consultkaart kunnen daarbij helpen. Dat geldt vooral voor die taken die in het grensgebied tussen huisdokter en specialist liggen. Bij consultatie moet echter wel de juridische verantwoordelijkheid en een goede terugrapportage naar de consultgever worden geregeld.

154

Huygen, F.J.A.

Over het verwijzen door de huisarts/F.J.A. Huygen en R.A. de Melker.- Medisch Contact; jrg. 28, no. 46, 1973, p. 1299-1302

nivel

Om de onevenredige sterke groei van de intramurale gezondheidszorgvoorzieningen ten opzichte van de voorzieningen buiten de ziekenhuismuren in te dammen zal vooral de huisarts moeten worden ingeschakeld. Aangetoond wordt, dat het voor een huisarts mogelijk is door in ruime mate gebruik te maken van diagnostische faciliteiten zeer lage verwijzingscijfers naar klinische specialisten en daardoor zeer lage opnamepercentages van zijn patiënten te bereiken, zonder dat dit ten koste behoeft te gaan van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor deze patiënten.

155

Jacobs, H.M.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (slot)/H.M. Jacobs, R.A. de Melker en F.W.M.M. Touw-Otten.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 52, 1983, p. 1629-1632

nivel

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 en worden de eerste uitkomsten besproken.

(Zie ook nr. 33 en 34)

156

Kerkhoff, A.H.M.

De verwijzer verwezen? Enige kanttekeningen bij het plan tot invoering van advies- en verwijskaarten/A.H.M. Kerkhoff.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 22, 1983, p. 647-649

nivel

Eerste en tweede lijn zijn uit elkaar gegroeid. De verschillen zijn zelfs zo groot geworden dat een gemeenschappelijk doel moeilijk meer te vinden is. Dit gemis is voor een deel debet aan de gebrekkige samenwerking tussen huisarts en specialist. Op zijn beurt staat dit gebrek aan samenwerking een beter verwijsbeleid in de weg. Schrijver wijst op het voorhanden zijn van een concreet en op korte termijn uitvoerbaar plan: invoering van een stelsel van advies- en verwijskaarten, gecombineerd met een verandering van het honoreringstelsel.

157

Kersten, D.

Invloed van de huisarts na de verwijskaart/D. Kersten.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984

nivel

Om de invloed van de huisarts op de in de tweede lijn verleende zorg te vergroten wil men al enige tijd de verwijs- en behandelkaarten voor specialistische geneeskundige hulp aan ziekenfondspatiënten vervangen door advies- en behandelkaarten. In het nieuwe stelsel zou het niet langer de specialist zijn die een herhalingskaart uitschrijft, maar de

huisarts die, al dan niet op verzoek van de specialist, een behandelkaart geeft. In dit onderzoek wordt bekeken hoe slecht het nu gaat. Het blijkt dat de patiënten van sommige huisartsen aanzienlijk meer poliklinische zorg ontvangen dan de patiënten van andere huisartsen en dat het verschil niet kan worden verklaard door leeftijd en geslacht van de patiënten, noch waarschijnlijk door een andere wijze van beroepsuitoefening van de betrokken specialist. Er worden voorstellen gedaan voor het opzetten van nader onderzoek.

158

Kolkman, H.

De huisarts en het kleine ziekenhuis/H. Kolkman.-
Groningen: s.n., 1983
niveau

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. Het alternatief van grotere ziekenhuizen is voor hen op 15 km. afstand aanwezig.

Uit de half gestructureerde interviews met zeven huisartsen blijkt dat de motieven voor verwijzen afhangen van de volgende factoren:

- 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 specialist;
- de persoonlijke relatie van de huisarts met de specialist.

De beeldvorming van het ziekenhuis vormt geen afzonderlijke factor voor verwijzing maar is verweven in bovengenoemde vier.

De fundamentele zwakte van het kleine ziekenhuis is gelegen in de medisch-technische sfeer. De huisarts vervult een sleutelpositie in de toegang tot deze voorzieningen. Indien de medisch-technische kwaliteit van het kleine ziekenhuis niet noemenswaardig vermindert, kan het zich in een stevige positie

verheugen. Komt hierin verandering dan kan dit leiden tot een neerwaartse spiraal die het voortbestaan bedreigt. Het kleine ziekenhuis heeft dan geen mogelijkheden om zich daar uit te redden.

159

Krol, L.J.

De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg/L.J. Krol.- Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.- dissertatie
niveau

In dit proefschrift komt naar voren dat veel verwijzingen tot stand komen onder druk van de patiënt. De patiënt komt met klacht A de spreekkamer binnen maar doet dat met de onuitgesproken vrees voor ziekte B. Deze vrees noemt Krol de tweede diagnose. Wanneer huisarts en specialist alert zijn op die tweede diagnose door de patiënt zelf kunnen er veel onnodige verwijzingen voorkomen worden. Ook hierbij kan de telefoon -een snel communicatiemiddel- gebruikt worden.

160

Mansvelt, J. van

Betekenis diagnostisch centrum voor de planingsfunctie van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen/J. van Mansvelt.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 26, 1979, p. 825-828
niveau

Bijdrage op het symposium 'Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn' (1979). Schrijver constateert een grote mate van overeenstemming tussen overheid, management, medische beroepsbeoefenaren en andere ziekenhuismedewerkers om te streven naar een intensivering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten en een verschuiving van klinisch naar meer poliklinisch handelen. Daarbij kan niet worden volstaan met uitbreiding van poliklinische diagnostische faciliteiten. Wanneer het Diagnostisch Centrum niet geleid wordt vanuit een zeer bewust

gericht beleid om niet alleen poliklinisch meer te diagnostiseren maar ook te behandelen en zeer bewust de patiënten weer eerder naar de huisarts terug te verwijzen, dan zal de uitbreiding van de poliklinische mogelijkheden blijven leiden tot ook uitbreiding van het klinisch werk in plaats van dat het komt tot werkelijke substitutie.

161

Melker, R.A. de

Verwijzen door huisartsen naar medische specialisten /R.A. de Melker. In: Holland naar de horizon: huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979, p. 79-90
niveau

In dit artikel wordt een poging gedaan enkele achtergronden te schetsen, die een verklaring kunnen geven voor de toenemende vraag naar specialistische hulpverlening, alsmede de grote variatie tussen huisartsen in verwijscijfers. Gepleit wordt voor:

- onderzoek op microniveau naar verwijzen, waarop beleidsomgeving en verandering van de medische opleiding gebaseerd kunnen worden;
- structurele veranderingen in de gezondheidszorg. Voor de korte termijn wordt gepleit voor het benaderen van het verwijzingsproces als een probleemoplossingsproces. Het maken van bewuste keuzen binnen dit proces kan leiden tot gericht en adequaat verwijzen van de huisarts en adequaat samenwerken van huisarts en specialist.

162

Melker, R.A. de

Het diagnostisch centrum brug tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg/R.A. de Melker.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 28, 1979, p. 894-897
niveau

Bijdrage op het symposium 'Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn'. Schrijver benadrukt dat het

experiment diagnostisch centrum alleen betekenis zal hebben, indien:

1. het een onderdeel vormt van een stelsel van maatregelen die een wezenlijke versterking van de eerste lijn inhouden en de ziekenhuiszorg meer op de eerstelijnszorg zullen afstemmen;
2. het experiment niet beperkt blijft tot het ter beschikking stellen van meer diagnostische faciliteiten aan de huisarts;
3. bij de betrokken hulpverleners en het management een veranderingsproces op gang wordt gebracht waarbij het belang van betere samenwerking als een wezenlijke voorwaarde voor goede hulpverlening wordt gezien;
4. zowel bij onderzoek als bij de opleiding aandacht wordt besteed aan nieuwe vormen van samenwerking tussen eerste en tweede lijn;
5. door middel van een aangepaste honoreringsstructuur niet de kwantiteit maar de kwaliteit van de hulpverlening wordt gestimuleerd.

163

Melker, R.A. de

Gebruik diagnostische faciliteiten door de huisarts/R.A. de Melker.- Medisch Contact; jrg. 35, no. 23, 1980, p. 699-705

nivel

In deze bijdrage aan de discussie over het gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts, spitst de schrijver de discussie toe op de overeenkomsten en de verschillen in interpretatie van diagnostische gegevens die kunnen worden waargenomen tussen huisarts en specialist. Hij stelt dat de huisarts door middel van opleiding en nascholing de voorspellende waarde van een onderzoeksmethode dient te kennen en de gegevens op de juiste wijze kan interpreteren in het kader van het gepresenteerde klachtenpatroon. Aan de onderzoeksmethoden dienen

andere eisen te worden gesteld dan in de specialis-
tische geneeskunde.

164

Melker, R.A. de

Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt und Kranken-
haus/R.A. de Melker.- Der Praktische Arzt; jrg. 19,
no. 7, 1982, p. 738-750
niveau

Een verantwoord verwijzings- en consultatiebeleid van de huisarts heeft belangrijke consequenties voor de patiënt en het gebruik van medische voorzieningen. De huisarts kan ervoor zorgen dat er meer patiënten in de thuissituatie verzorgd worden. Dat is niet alleen uit het oogpunt van economische motieven noodzakelijk maar vooral beter voor het bereiken van een betere verzorging ter voorkoming van somatische fixatie en medicalisering.

Verder kan de huisarts een belangrijke rol spelen door naast de technisch specialistische behandeling in het ziekenhuis, de kloof tussen ziekenhuis en familie te overbruggen.

165

Nieuwe

Nieuwe verwijskaart aanleiding overleg samenwerking huisarts-specialist.- Weekblad Gezondheidszorg; jrg. 2, no. 2, 1982, p. 5
niveau

Achtergrond artikel naar aanleiding van het overleg tussen de LHV en de LSV over de verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Directe aanleiding was het plan om te komen tot een ander verwijskaartensysteem voor de specialist. De LSV wil de verwijzing van de patiënten 'verdelen'. Via een nieuw verwijskaartensysteem moet er een gerichtere vraag komen van de huisartsen naar de specialist. Er zouden drie kaarten moeten komen. Eén voor een kortdurende behandeling, niet langer dan drie maanden, en één voor een langer durende

behandeling, tot bijvoorbeeld een jaar.

De LHV heeft er wel belangstelling voor maar wil daarnaast een fundamentele gesprek met de LSV over een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Bij behandeling van de patiënt in de tweede lijn zal er volgens de LHV een veel diepgaander en frequenter contact moeten zijn met de huisarts. De functie van de verwijskaart komt daarbij vanzelf aan de orde.

166

Nijhout, F.P.

Een ziekenhuis op nieuw land: een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die regio/F.P. Nijhout.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.- derde interimrapport 1985
niveau

Het verwijscijfer blijkt zich niet zo ontwikkeld te hebben zoals werd verwacht: van een stijging is eigenlijk niet zoveel te merken. De opvattingen van de huisarts zijn niet zodanig gewijzigd dat het taakgebied op de grens van eerste en tweede lijn in de ogen van deze artsen kleiner is geworden. Zij blijken zelfs een grotere invloed op het gemeenschappelijk werkterrein te claimen als het gaat om de afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen huisarts en specialist. De huisartsen lijken zich schrap te zetten tegen de veronderstelde of feitelijke bedoeling van een beroepsgroep, die als concurrent wordt ervaren.

167

Nijhuis, H.J.

De relatie huisarts-specialist. Naar een nieuwe manier van verwijzen/H.J. Nijhuis.- Medisch Contact; jrg. 36, no. 52, 1981, p. 1617-1619
niveau

Wil er verandering c.q. groei komen in de relatie huisarts-specialist met betrekking tot het verwij-

zen, dan zal de huisarts initiatieven moeten ontplooiën die gericht zijn op versterking van het gevoel van eigenwaarde, op een open en directe communicatie met de specialist en op het maken van een aantal duidelijke spelregels ten aanzien van het verwijzen.

Uitgangspunten hierbij zullen moeten zijn, dat de huisarts zich als de centrale figuur in de begeleiding van de patiënt presenteert en dat de huisarts een beroep doet op de specialist teneinde zelf meer gegevens voor het nemen van de beslissing voor verder handelen te verkrijgen. Hiervoor is nodig dat de huisarts in het verwijzingscontact met de specialist een eenduidige vraag stelt, er scherp op toeziet dat de specialist antwoord geeft op de gestelde vraag en dat de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts, en de specialist van het overleg met de patiënt op de hoogte houdt.

168

Oosterhuis, W.W.

De communicatieve waarde van correspondentie tussen de huisarts en de specialist/W.W. Oosterhuis.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 30, 1974, p. 963-964.- Huisarts en specialist dl XII
niveau

Onderzoek aan de hand van honderd chirurgische en honderd interne verwijzingen. Nagegaan wordt of het antwoord inging op de vraagbrief, of dat het alleen maar een automatische consequentie was van het feit dat er werd verwezen.

Er blijkt geen correlatie op te treden tussen de samenstellende delen van vraag- en antwoordbrieven. Een licht effect ten gunste van op vraag gericht antwoorden trad bij interne verwijzingen op in geval van het stellen van vragen buiten de context. Bij chirurgische verwijzingen ontbrak ook dat effect. Meer op de vraag gerichte antwoorden kwam vaker voor bij persoonlijk bekenden.

Communicatie, in de zin dat deze zinnig moet zijn en begrepen in een proces van wederkerigheid (Wat-

zlawick), ontbreekt veelal in deze correspondentie. De enige aanwijsbare invloed die deze huisarts met zijn verwijsbrief op het verslag van de specialist kon uitoefenen was door middel van het adres op de (antwoord)enveloppen.

169

Peters, J.H.

De betekenis van een diagnostisch centrum in de samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn/J.H. Peters.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 80-101

nivel

Verslag van de opgedane ervaringen met een samenwerkingsproject 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 ontwerp zijn in Utrecht reeds tal van ervaringen opgedaan die in dit hoofdstuk aan een kritische analyse worden onderworpen.

170

Petrie, J.C.

Computer assisted shared care in hypertension/J.C. Petrie, O.J. Robb, J. Webster e.a..- British Medical Journal; jrg. 290, no. 6486, p. 1960-1962

nivel

Beschrijving van het uitwisselen van patiëntengegevens door middel van geautomatiseerd patiëntenregistratiesysteem tussen huisartsen en ziekenhuis. Doel is een betere behandeling en controle van hypertensie patiënten. Deze vorm van consultatie is door de regionale huisartsen goed ontvangen.

Pop, P.

Endoscopisch onderzoek door de huisarts/P. Pop.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 36, 1982, p. 1125-1128
niveau

In het kader van de werkzaamheden van het Diagnostisch Centrum Maastricht, gevestigd in het ziekenhuis St. Annadal, heeft men in 1981 de huisartsen uit de eigen plaats en uit de omgeving diagnostische faciliteiten op endoscopisch terrein aangeboden. Schrijver, coördinator van het centrum, geeft de ervaringen weer die sindsdien met deze vorm van hulpverlening zijn opgedaan. Ten aanzien van de resultaten van de in de periode november 1981-mei 1982 aangevraagde endoscopische onderzoeken door de huisarts kan worden gesteld dat de huisarts en de endoscopist goed op elkaar zijn ingespeeld en dat de onderzoeken tot tevredenheid van huisarts, specialist en patiënt zijn verricht. Van de faciliteiten maakten 67 huisartsen gebruik, 42 'solisten' en 25 werkzaam in een samenwerkingsverband.

Pop, P.

Communicatie tussen huisarts en specialist/P. Pop en L.L.J.M. Keijsers.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 7, 1985, p. 203-206
niveau

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 mei 1984 werd een terugkomdag georganiseerd waarbij discussies worden gevoerd over de communicatie tussen huisarts en specialist betreffende poliklinisch en klinisch verwezen patiënten, alsmede over diverse vormen van samenwerking. Enkele conclusies zijn:
- er bestaat een communis opinio over vorm en inhoud van de door de huisarts aan de naar de specialist verwezen patiënt mee te geven

- verwijsbrief, zowel als over een soortgelijke berichtgeving van de specialist aan de huisarts na onderzoek van de verwezen patiënt;
- de communicatie specialist-huisarts dient met name te worden verbeterd ten aanzien van omschreven situaties tijdens het klinisch verblijf van de patiënt in het ziekenhuis; de specialist dient in deze gevallen het initiatief te nemen.

173

Post, D.

Verwijzen: drie jaar huisartsenpraktijk geanalyseerd (I)/D. Post.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 45, 1983, p. 1424-1426.- Medisch Contact; jrg. 38, no. 46, 1983, p. 1453-1456, slot
niveau

Verwijzen van eerste naar tweede lijn is zowel in kwantitatief als in kwaliteatief opzicht een belangrijke gebeurtenis. Schrijver doet in een tweetal artikelen verslag van een onderzoek naar het verwijzingsproces in de eigen (associatie)praktijk. In het eerste artikel behandelt hij het verwijzen naar de specialist, in het tweede het gebruik van diagnostische faciliteiten. Zijn algemene conclusie: het evalueren van cijfers uit onderzoek in de eigen praktijk kan de zelfkritiek van de huisarts vergroten.

174

Post, D.

Iatrogene ziekten: een visie vanuit de algemene gezondheidszorg/D. Post.- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 63, no. 17, 1985, p. 740-743
niveau

Iatrogene ziekten komen in toenemende mate voor. Iatrogene ziekten kunnen hun oorsprong hebben in het handelen van de arts (o.a.: overcare, verkeerde voorlichting, geneesmiddelenbijwerkingen). Ingegaan wordt op de mogelijke oorzaken van iatrogene ziek-

ten in de huisartspraktijk en in de specialistische geneeskunde. Besproken wordt de functie die de adviserend geneeskundigen bij de ziekenfondsen kunnen hebben om de curatieve sector te attenderen op mogelijk iatrogene factoren (b.v. door analyse van verwijzen en voorschrijven van huisartsen en productiecijfers van specialisten de aandacht te vestigen op afwijkingen van het gemiddelde).

175

Posthuma, B.H.

Tussen eerste en tweede echelon/B.H. Posthuma en J. van der Zee.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1977

nivel

Onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Het onderzoeksverslag is opgebouwd rond drie aggregatieniveau's:

- analyse van verwijscijfers per gemeente;
- verwijscijfers per huisarts;
- de verwijzingen zelf.

Hoewel de gepresenteerde selectie van literatuur geen representatief beeld van de verschillende stromingen geeft zijn de argumenten voor de stelling aanbod-schept-vraag sterker dan voor het tegendeel. Voor het voeren van beleid doet het eigenlijk niet zoveel ter zake hoe de causale relaties tussen vraag en aanbod liggen.

Er wordt een negatieve relatie gevonden tussen de gemiddelde praktijkgrootte van de huisarts en het ziekenfondsverwijscijfer: naarmate de gemiddelde praktijkgrootte in een gemeente groter is, worden er minder mensen verwezen.

176

Puijlaert, F.W.J.

Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. I: Verwijzen is overdragen geworden; onderzoeksfaciliteiten voor de huisarts/F.W.J. Puijlaert.- Medisch Contact; jrg. 33, no. 37, 1978, p. 1134-1138

nivel

Gesteld wordt dat niet iedere verwijzing door de huisarts van een patiënt naar het ziekenhuis automatisch het overdragen van die patiënt aan de intramurale specialist hoeft in te houden. De wezenlijke keuze zou moeten zijn: overdragen of raadplegen.

Gezien het belang van een verwijzing is er behoefte aan een mogelijkheid tot raadplegen van diagnosten die geen binding met de patiënt aangaan. De patiënt wordt niet overgedragen, maar de huisarts raadpleegt een diagnost. Volgens Puijlaert zou het ziekenhuis zijn deskundigheid en zijn technische faciliteiten meer ter beschikking van de huisarts moeten stellen. Hierdoor kan de grens tussen huisarts en intramurale specialist worden verschoven. De eerste houdt dan de diagnostiek zoveel als mogelijk in de hand. De ziekenhuisarts van zijn kant kan zo voor ongerichte verwijzingen worden gespaard: hij kan bij overdracht beter voorgeselekteerde patiënten verwachten.

177

Puijlaert, F.W.J.

Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen - een oriënterend onderzoek/F.W.J. Puijlaert.- Medisch Contact; jrg. 33, no. 38, 1978, p. 1176-1179

nivel

Samenvatting van de resultaten van een meningspeiling onder radiologen, klinische chemici en bacteriologen in Nederland over diagnostiek voor de huisarts. Van de diagnostische mogelijkheden die de huisarts ter beschikking staan maakt de huisarts een (te) gering gebruik. De diagnosten die al veel met huisartsen samenwerken staan er positief tegenover meer te worden geraadpleegd.

Het gebruik van faciliteiten zou om zinvol en efficiënt te zijn, moeten worden tot een bewust raadplegen van diagnosten. Dit brengt een fijnere praktijkvoering voor de huisarts met zich mee hetgeen

onder meer zal inhouden, dat hij pas 'verwijst' als de patiënt er beter van wordt.

178

Puijlaert, F.W.J.

Taakverdeling eerste en tweede echelon: raadplegen van de diagnost is ~~meer~~ dan ziekenhuisfaciliteiten voor de huisarts/F.W.J. Puijlaert.- Medisch Contact; jrg. 34, no. 31, 1979, p. 997-998
niveau

Om te kunnen uitmaken wie wel of niet in het tweede echelon thuishoort willen de huisartsen gebruik maken van een nieuwe, andere en betere vorm van consulteren:

1. de overdrachtskaart
2. de korte consultkaart, waarmee een kort diagnostisch onderzoek wordt gevraagd - zonder overname van de patiënt
3. deslappere 'pseudo-verwijskaart', die niet meetelt in de huisartsen jaarlijkse verwijskaarten-score.

179

Ruhe, H.A.M.

De verwijskaart in de relatie huisarts-specialist: hoeksteen of obstakel?/H.A.M. Ruhe.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 24, 1974, p. 769-770.- Huisarts en specialist VI
niveau

De verwijskaart heeft zijn betekenis als middel om de kosten der geneeskundige hulp binnen de perken te houden verloren. Als middel om de huisarts invloed te verschaffen en de medische verzorging van de bevolking in goede banen te leiden voldoet ze niet meer. In toenemende mate wensen de patiënten zelf uit te maken of ze de huisarts of een specialist zullen raadplegen. De verwijskaart (niet de verwijzing) heeft in onze praktijkvoering geen werkelijke betekenis meer en is iets waarvan we moeten proberen af te komen. Natuurlijk zal het

verzekeringswezen moeten proberen een financieel debâcle te voorkomen, maar daar zal de relatie huisarts-specialist weinig bij te pas komen.

180

Rutten, F.F.H.

Referrals and demand for specialist care in the Netherlands/F.F.H. Rutten en J. van der Gaag.- Health Services Research; jrg. 12, no. 3, 1977, p. 233-249
niveau

Onderzoek aan de hand van statistische vergelijkingen ter bepaling van factoren die van invloed zijn op het verwijzen van huisartsen naar specialisten, de vraag om specialistische hulp en de snelle toename van het aantal verwijzingen en gebruik van de diensten van specialisten in Nederland.

De schrijvers komen o.a. tot de conclusie dat:

- de vraag om specialistische extramurale zorg voor een belangrijk deel wordt bepaald door het aanbod;
- huisartsen de plaats innemen van specialisten (substitutie);
- het honoreringssysteem bijdraagt tot een toename van de specialistische zorg.

181

Schulpen, T.W.J.

De diagnose 'kinkhoest'/T.W.J. Schulpen en F.E.M. Weerkamp-Wolfenbuttel.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 50, 1984, p. 1615-1616
niveau

Nu kinkhoest wederom in Nederland de kop begint op te steken is er dringend behoefte aan een snelle en adequate diagnose. De huisarts dient te beschikken over technisch juist uitgevoerd bacteriologisch en serologisch onderzoek. Dat de middelen hiertoe in de eerste lijn beperkt zijn maakt samenwerking met de tweede lijn noodzakelijk. In de Utrechtse wijk Overvecht werd op beperkte schaal een samenwerkingsmodel uitgewerkt, waarvan de opzet en resulta-

ten in dit artikel worden beschreven. Het lijkt noodzakelijk een beleid te ontwikkelen over de te nemen profylactische maatregelen bij kinkhoestcontact.

182

Snelle

Snelle en meer persoonlijke uitwisseling tussen huisarts en specialist.- Het Ziekenhuis; jrg. 11, no. 13, 1981, p. 659-660

nivel

Voor een goede patiëntenzorg is een goede relatie tussen de verwijzende huisarts en het ziekenhuis - de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg- onontbeerlijk. In het Canisius-Wilhelmina ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen is men zich dit terdege bewust. Sinds enige tijd wordt daarom in dit ziekenhuis bijzondere aandacht besteed aan een snelle en meer persoonlijke uitwisseling van informatie tussen specialisten en huisartsen.

183

Spreeuwenberg, C.

De toegankelijkheid van het ziekenhuis/C. Spreeuwenberg.- Metamedica; jrg. 61, no. 6, 1982, p. 204-219

nivel

Rede uitgesproken op 2 april 1982 op het seminar van de Rijksuniversiteit Limburg te Epen (L). Zijn uitgangspunt is tweeledig: enerzijds is het zijn positie als huisarts, anderzijds presenteert hij zich als leerling van Van Es. Hij neemt van hem het beeld over van de twee afzonderlijke, van elkaar onderscheidbare en zelfs scheidbare circuits: het medische en het maatschappelijke circuit. Spreeuwenberg betoogt dat er sprake kan en moet zijn van onderlinge terugkoppeling tussen beide circuits. Binnen het geneeskundige systeem bekleedt de huisarts dan een uitzonderlijke positie, die hem doet functioneren op het raakvlak van het medische en maatschappelijke circuit. Met alle gevolgen van

dien voor wat betreft de beide circuits alsook de uitzonderlijke positie van de huisarts. Het medische en het maatschappelijke circuit beïnvloeden elkaar slechts marginaal.

Een aanzienlijk aantal argumenten leidt tot de conclusie, dat de twee van elkaar gescheiden circuits aanleiding geven tot verschillende problemen, voortkomende uit eigen cultuur, taak, symboliek, gewoonten, normen en waarden. De tweedelijnsgezondheidszorg is moeilijk toegankelijk met name voor patiënten en cliënten.

184

Stern, T.L.

Hospital privileges for graduates of family practice residency programs/T.L. Stern, G. Schmittling, C. Clinton e.a.- Journal of Family Practice; jrg. 13, no. 7, 1981, p. 1013-1020

nivel

Verslag van een longitudinaal onderzoek naar het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten door 3.021 huisartsen in Amerika. Het percentage artsen ten westen van de Mississippi met de mogelijkheid gebruik te maken van ziekenhuisfaciliteiten ligt hoger dan de artsen in het westen. Het omgekeerde is het geval met artsen in de metropolen. Zij hebben minder privileges.

185

Swinkels, M.A.A.

Samenwerken volgens het consultatiemodel/M.A.A. Swinkels en J.P. Dopheide.- Leiding en organisatie in de gezondheidszorg; jrg. 1, no. 1, 1983, p. 64-79

nivel

Beschrijving van een samenwerkingsvorm 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. Het grootste en in feite enige probleem in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in Hoogeveen is te vinden in hun onderlinge taakafbakening: op vele terreinen 'claimen' zowel huisarts als specialist de eerste verantwoordelijke te zijn, wiens beslissing uiteindelijk moet prevaleren.

Deze problematiek is niet onoplosbaar. Uitgaande van respect voor het feit dat ieder een eigen stuk professionele deskundigheid en verantwoordelijkheid heeft, zou men op deelgebieden van het veld tussen eerste en tweede lijn kunnen 'oefenen' in het vinden van een duidelijke taakafbakening. Te denken valt daarbij aan het opstellen van 'protocollen', schema's voor de behandeling van veel voorkomende aandoeningen die zowel eerste- als tweedelijnsaspecten hebben. Gebleken is dat het streven naar protocollen zeer verhelderend kan werken met betrekking tot de wederzijdse verwachtingen en kan leiden tot een bevredigende afstemming van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.

(Zie ook: J.H. Peters nr. 169 en D. Wijkkel, D. van der Grijn nr. 191)

186

Swinkels, M.A.A.

Samenwerking huisartsen en specialisten. Een inventarisatie in de regio Gouda/M.A.A. Swinkels en L. Lodewick.- Medisch Contact; jrg. 39, no. 7, 1984, p. 205-206

nivel

In de gezondheidsregio Gouda (70 huisartsen, 85 specialisten) 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. Het blijkt dat huisartsen en specialisten zich door het onderzoek meer bewust zijn geworden van de knelpunten in hun relatie en dat velen onder hen de behoefte voelen (en bereid zijn) er samen over te praten. De knel-

punten blijken vooral te liggen op het gebied van de informatie-uitwisseling en communicatie tussen specialisten en huisartsen over individuele patiënten. Ook de huidige honoreringsstructuur vormt een belemmering voor de samenwerking.

Over de continuïteit in zorg en nazorg spreken specialisten hun tevredenheid uit. Van de zijde van de huisartsen is er een aantal malen op gewezen dat in de medische zorg en nazorg wat lacunes worden aangetroffen; een voorlopig ontslagbericht zien zij dan ook gaarne tegemoet.

187

Tielens, V.C.L.

Huisarts en specialist in dienst van de patiënt/V.C.L. Tielens.- Medisch Contact; jrg. 29, no. 19, 1974, p. 589-591.- Huisarts en specialist I
niveau

Als voorbereiding op het jaarlijks congres van het NHG op 2 november 1974 wordt gestart met een 14-delige serie over de relatie tussen huisarts en specialist.

In onderhavig artikel pleit de schrijver ervoor dat huisartsen en specialisten bij het bepalen van ieders plaats in de gezondheidszorg moeten trachten uit te gaan, niet van wat zij denken dat goed is voor de patiënt, maar van wat de patiënt zelf vindt dat goed voor hem is. Als de huisarts en specialist werken vanuit het 'deel-weter' zijn zal het gemakkelijker worden gezamenlijk een behandelingsplan aan de patiënt aan te bieden.

Naast deze relatie op microniveau liggen er op het macroniveau eveneens een aantal belangrijke problemen die om een hernieuwde bezinning vragen. Onder andere: het ontwikkelen van technieken voor onderlinge consultatie tussen de verschillende echelons; het ontwikkelen van methoden van onderlinge toetsing en "medical audit" en het beter op elkaar afstemmen van de honoreringssystemen van huisarts en specialist.

Voogt, H.J. de

De plaats van huisarts en radioloog bij de behandeling van stenen in de urinewegen/H.J. de Voogt.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg. 129, no. 28, 1985, p. 1318-1319

nivel

Het moet worden toegejuigd dat huisartsen streven naar een belangrijker aandeel in de behandeling van urinestenen. Dit past uitstekend in het streven van de eerstelijnsgezondheidszorg naar meer activiteit en naar verbetering van de communicatie tussen eerste en tweede lijn. In feite moet men proberen de grenzen van het eerstelijns handelen af te baken. De conservatieve behandeling van urolithiasis kan aan de huisarts worden toevertrouwd, mits een goede samenwerking met een diagnostisch centrum gegarandeerd is en hij weet in welke gevallen nader advies voor diagnostiek en behandeling moet worden gevraagd aan röntgenoloog en uroloog.

Warburton, S.W.

Hospital privileges of family physicians in North Carolina/S.W. Warburton, J.A. Bobula en G.T. Wolff.- Journal of Family Practice; jrg. 12, no. 4, 1981, p. 725-728

nivel

89% van de onderzochte ziekenhuizen in North Carolina bieden faciliteiten aan hun huisartsen, terwijl 80% ruimte beschikbaar stelt voor onderzoek naar hart- en vaatziekten. Slechts 24% van de ziekenhuizen stelt operatieruimten beschikbaar.

Er is een significant onderscheid tussen stedelijke en regionale ziekenhuizen ten aanzien van acute hulpverlening. Van de 38 ziekenhuizen die eerste-hulpfaciliteiten aanboden waren er 35 landelijk. Huisartsen in kleine ziekenhuizen met minder dan 100 bedden zijn het minst geneigd tot consultatie.

Weiss, B.D.

Full clinical departments of family practice: their relationship to hospital privileges in university hospitals/B.D. Weiss.- Journal of Family Practice; jrg. 20, no. 4, 1985, p. 389-392

nivel

Onderzoek naar de hypothese of het aanbod aan ziekenhuisfaciliteiten voor huisartsen uitgebreider is in ziekenhuizen met een complete afdeling voor huisartsgeneeskunde dan in ziekenhuizen die dat niet hebben. Alle 52 praktijken die patiënten in hun universiteitsziekenhuis laten opnemen reagerden op de schriftelijke enquête.

Bij 16 ziekenhuizen (30,8%) is er een complete huisartsgeneeskundige afdeling. Als deze ziekenhuizen vergeleken worden met de overige 36 dan blijkt dat op elk terrein van de patiëntenzorg de ziekenhuisfaciliteiten voor huisartsen uitgebreider zijn. Het opzetten van volledige huisartsgeneeskundige afdelingen lijkt dus zin te hebben.

Wijkkel, D.

Huisarts en diagnostisch centrum/D. Wijkkel en D. van der Grijn.- Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1982. Zie ook Medisch Contact; jrg. 37, no. 25, 1982, p. 735.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 25, no. 7, 1982, p. 291-292.- Medisch Contact; jrg. 38, nr. 13, 1983, p. 373-376

nivel

Evaluatie-onderzoek naar het functioneren van het experimentele diagnostische centrum, dat sinds april 1979 in het streekziekenhuis Oudenrijn is gevestigd. Naast een beschrijving van de omvang en samenstelling van de gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Utrecht wordt aandacht besteed aan de volgende aspecten:

- kwalitatief en kwantitatief gebruik van diagnostische voorzieningen door huisartsen;

- kwaliteit van huisartsenzorg;
- kostenontwikkeling.

Opvallende uitkomst was het gegeven dat het toenemende gebruik van diagnostiek door huisartsen niet direct tot een verminderd gebruik van diagnostische tests door specialisten heeft geleid. Conclusie is dan ook dat het openstellen van een gemakkelijk toegankelijke diagnostische voorziening niet leidt tot verticale substitutie, noch in termen van diagnostische verrichtingen noch in termen van een aantoonbare vermindering van het aantal verwijzingen. Wel is er een duidelijke horizontale substitutie opgetreden.

192

Zee, J. van der

Herverkavelen in de gezondheidszorg: belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering: kritiek op nota Harmonisatieraad Welzijnsbeleid/J. van der Zee.- Medisch Contact; jrg. 40, no. 11, 1985, p. 1265-1267
niveau

In het rapport 'Herverkavelen in de gezondheidszorg' van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid wordt ernstige kritiek geleverd op het ontbreken van aantoonbare resultaten van het beleid in de gezondheidszorg dat beoogt een verschuiving van residentiële en intramurale voorzieningen naar ambulante, extramurale zorg tot stand te brengen. In het rapport wordt het falen van dit substitutiebeleid (onder meer) geïllustreerd aan het verloop van het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialisten. In deze reactie wordt aangetoond dat het verwijscijfer de afgelopen jaren niet of nauwelijks is gestegen. Wie dus het substitutiebeleid wil afdoen met een verwijzing naar de ontwikkeling van het verwijscijfer moet zijn huiswerk overdoen. (Zie ook nr. 93)

193

Zwan, J.C. van der

Huisarts en diagnostiek/J.C. van der Zwan.- Medisch

Aan de hand van literatuurgegevens wordt bekeken of meer faciliteiten voor de eerste lijn de tweede lijn ontlasten, de kosten van de gezondheidszorg omlaag brengen, de diagnostiek versnellen en derhalve strekken tot heil van de patiënt en van ons allen. Ten aanzien van gastro-duodenoscopie is de conclusie dat deze faciliteit voor de huisarts weinig zinvol is. Zij leidt eerder tot vertraging van de diagnostiek, overbelasting van de tweede lijn en hogere kosten.

4. NAZORG/CONTINUÏTEIT VAN ZORG

194

Beleidsperspectief

Beleidsperspectief op zorgverlening door ziekenhuizen/
Nationale Ziekenhuisraad.- Utrecht: Nationale Zieken-
huisraad, 1983

nivel

Discussienota van de Taakgroep Ziekenhuizen. In dit rapport wordt ervoor gepleit dat de scherpe grens tussen ziekenhuis en eerstelijnsgezondheidszorg meer en meer gaat vervagen. De nadruk zou moeten komen te liggen op de zorg aan patiënten thuis - nu of in plaats van het ziekenhuis. In elk geval zal een deel van de taak die de ziekenhuizen (nog) verrichten, overgeheveld dienen te worden naar de kruisorganisaties.

De huisarts moet gezien worden als een centrale figuur binnen eerste en tweede lijn. Hij is de coördinator die binnen het ziekenhuis zoveel als woordvoerder of 'advocaat' van zijn patiënt is.

195

Bos, E.

Wijkverpleging, kliniek, polikliniek/E. Bos, M. van der Meij, B. van den Meijdenberg e.a..- Marge; jrg. 4, no. 11, 1980, p. 361-367

nivel

In dit artikel staat de pioniersarbeid van wijkverpleegkundigen op een steeds urgenter wordend gebied centraal: de relatie tussen eerste- en tweedeelijnsgezondheidszorg. De aandacht hiervoor wordt steeds dringender omdat de kloof tussen beide steeds groter dreigt te worden. Geconcludeerd wordt dat wijkverpleegkundigen gezien de met name bij htn passende taken van begeleiding en coördinatie een duidelijke functie hebben in de thuisgezondheidszorg en in de relatie met polikliniek en kli-

niek.

196

Bremer, G.J.

"Weer thuis": een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten/G.J. Bremer.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 19, no. 11, 1976, p. 406-423
niveau

Verslag van een door acht huisartsen verricht onderzoek naar behoefte aan nazorg bij recent uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. In de periode 1973-1974 wordt gedurende 15 maanden (het totale onderzoek duurde zes jaar) door de deelnemende huisartsen zo snel mogelijk na het ontslag contact gelegd met iedere patiënt uit zijn praktijk die opgenomen is geweest. Bij elk contact wordt een formulier ingevuld. Dit levert 1.168 bewerkbare lijsten op. Hieruit blijkt onder andere dat bij 12% de hulp van de wijkverpleegkundige nodig is. Vooral bij kinderen en bejaarden wordt gevraagd deze hulp te verlenen. Bij het invoeren van hulp van anderen blijkt dat er nauwelijks sprake is van samenwerking tussen huisarts en specialist. Slechts in 11% waar hulp aan anderen nodig is, vindt dit expliciet plaats op verzoek van de specialist. In 5% van de contacten is er sprake van een communicatiestoornis tussen de hulpverleners onderling.

197

Bultman, J.

De communicatie tussen intramurale werkers en wijkverpleegkundigen/J. Bultman.- Amsterdam: Vrije Universiteit, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1977
niveau

Beschrijvend onderzoek waarin wordt nagegaan in hoeverre de in de diverse regio's opgezette nazorgactiviteiten bijdragen in het bewerkstelligen van een zodanige communicatiestructuur tussen werkers in de intra- en extramurale gezondheidszorg, dat adequate informatie over en weer uitgewisseld

wordt ten behoeve van een continue verpleegkundige zorg in casu de nazorg voor patiënten die zijn ontslagen uit ziekenhuizen en verpleeghuizen in Noord-Holland. De select gekozen wijkverpleegkundigen en nazorgverpleegkundigen worden ondervraagd door middel van een gestructureerde vragenlijst met ruimte voor het vrije attitude-interview. De conclusie is dat met de door de provinciale kruisvereniging in stand gehouden nazorgorganisatie een wederzijds leer- en bewustmakingsproces op gang gebracht kan worden waarin ervaring wordt opgedaan met de selectie van patiënten en zicht wordt gekregen op thuisgezondheidszorg. Hierdoor ontstaat een duidelijke communicatiestructuur en kan continuïteit in de verpleegkundige zorg gegarandeerd worden op grond van een gelijk verdeelde verantwoordelijkheid.

198

Burink-Withaar, A.G.J. van

Nazorg aan patiënten met hoofd- en halskanker: onderzoek naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen en patiënten/A.G.J. van Burink-Withaar, W.J.A. van den Heuvel en A. Rood-Nieuwland.- Rotterdam: Studiecentrum Sociale Oncologie, Vereniging Interkruis Zuid-Holland, 1979. Zie ook: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 9, no. 1, 1981, p. 20-23.- Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; jrg. 59, no. 15, 1981, p. 531-535
niveau

Om nader inzicht te krijgen in de rol van de wijkverpleegkundige bij de nazorg van patiënten met hoofd- en halskanker is een onderzoek opgezet om de nazorgsituatie van deze categorie patiënten nader in kaart te brengen. Hiertoe worden zowel patiënten, hun partners als wijkverpleegkundigen geïnterviewd.

De door de wijkverpleegkundige geboden hulp blijkt zowel verpleegtechnisch als psychosociaal van aard te zijn; doorverwijzing naar haar/hem vindt echter vrijwel uitsluitend plaats om verpleegtechnische redenen. De feitelijke informatie-overdracht laat

bij doorverwijzing nogal eens te wensen over.

199

Buma, J.T.

De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening/J.T. Buma.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 24, no. 10, 1981, p. 379-383

nivel

In deze bijdrage wordt ingegaan op het onderwerp 'continue' of 'longitudinale' zorg, tegen de achtergrond van de ontwikkelingen sinds de Woudschoten-conferentie van 1959. Met nadruk wordt gewezen op het grote nut van consulterend overleg, noodzakelijk in die gevallen dat de huisarts het gestelde probleem niet zelf kan oplossen. Het bijscholingseffect hiervan, niet alleen voor de huisarts, maar ook voor de ingeschakelde deskundigen, is evident. Gezien de vele winstpunten die dit kan opleveren, wordt dan ook het consulteren van de tweede lijn warm bepleit. Op deze wijze kan bovendien een werkelijke inhoud worden gegeven aan het ideaal van de continue zorg.

(Zie ook R.A. de Melker vs. J.T. Buma.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 25, no. 2, 1982, p. 71-72)

200

Capellen, A. van der

Nazorg: voor wie een zorg? Nazorg in interactioneel perspectief, met aandacht voor structurele aspecten/A. van der Capellen.- Leiderdorp: Interuniversitaire Interfaculteit Bedrijfskunde Delft, 1984.- doctoraal scriptie

nivel

Het verschijnsel nazorg wordt in een zeer breed theoretisch en historisch perspectief geplaatst. De gehanteerde theorieën liggen vooral op het terrein van de organisatiekunde, waarbij ruime aandacht wordt besteed aan de relatie tussen organisatie en omgeving. Toetsing van de theorie aan empirisch materiaal blijft achterwege.

201

Drijver, H.

De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem/H. Drijver en F. van der Esch.- Wageningen: Provinciale Kruisvereniging Gelderland, Vakgroep Gezondheidsleer en Vakgroep Voorlichtingskunde, 1981. Zie ook: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 10, no. 1, 1982, p. 16-18
niveau

Aan de hand van de resultaten van een onderzoek onder 142 ontslagen ziekenhuispatiënten wordt aangegeven, welke knelpunten aanwezig zijn in de Arnhemse nazorg. Een daarvan is gelegen in het verschil in criteria die ziekenhuisverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen gebruiken om patiënten voor nazorg in aanmerking te laten komen. Het onderzoek is bedoeld als een middel om de communicatie en samenwerking tussen 'ziekenhuis' en 'wijkverpleging' te bevorderen.

202

Drogendijk, C.A.

Ziekenhuis-, wijkverpleging: een paar apart/C.A. Drogendijk.- Utrecht: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO Leiden, 1981. Zie ook: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 9, no. 9, 1981, p. 4-11
niveau

Literatuuronderzoek naar de invloed van verkorting van de verpleegduur op de vraag naar verpleegkundige nazorg en naar de vraag of er een substitutie-effect bestaat verpleegkundige nazorg/verpleegduur.

Afronding vindt plaats door middel van een vijftal interviews met functionarissen uit ziekenhuizen en provinciale kruisverenigingen. Hieruit valt te concluderen dat:

1. de verkorting van de verpleegduur een iets grotere vraag naar verpleegkundige nazorg kan doen ontstaan, en

2. dat het dan vooral om curatieve verpleegkundige nazorg gaat.

Voor de wijkverpleging heeft de verkorting van de verpleegduur slechts geringe consequenties. Van een substitutie-effect op de verpleegduur is bij verpleegkundige nazorg geen of nauwelijks sprake.

203

Emanuel-Vink, H.

Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis/H. Emanuel-Vink en P. van der Kaaij.- Nijmegen: Dr. Veeger Instituut, 1980. Zie ook: Medisch Contact; jrg. 36, no. 42, 43, 44, 45, 46, 1981

Onderzoek in de proefregio Nijmegen naar knelpunten bij het ontslag van patiënten uit het algemeen ziekenhuis in het bijzonder met betrekking tot de aansluiting op vervolgvoorzieningen. Het onderzoek strekt zich uit over de ontslagprocedures van in totaal 329 patiënten: 46% bij interne geneeskunde; 32,5% bij algemene chirurgie en 21% bij neurologie. In 43% van de gevallen meenden de ziekenhuisartsen dat het ontslag te laat plaatsvond. Als belangrijkste oorzaken noemden zij het ontbreken van een plaats in het verpleeghuis, en het feit dat de familie de patiënt niet kon opvangen. Het ontbreken van extramurale opvang komt sterk naar voren als belemmering van een verkorte verpleegduur.

204

Gezamenlijke

Gezamenlijke verslagen nazorgdiensten Twente 1984.-s.l.: Kruisvereniging Twente, afdeling INFO, 1985
niveau

Jaarverslagen van met name het streekziekenhuis Almelo, Enschedese ziekenhuizen, streekziekenhuis Midden Twente en streekziekenhuis Noord-Oost Twente.

Van alle genoemde instellingen wordt onder andere een cijfermatig verslag gegeven van de nazorgpatiënten. Aan de orde komt een overzicht van:

- het aantal patiënten welke voor nazorg in aanmerking komt per specialisme;
- het aantal patiënten welke voor nazorg in aanmerking komt per afdeling;
- nazorgpatiënten ontslagen van lokatie naar basiseseheid;
- het gemiddeld aantal verpleegdagen;
- de nazorgpatiënten naar leeftijd.

205

Glenn, J.K.

Continuity of care in the referral process: an analysis of family physicians' expectations of consultants/J.K. Glenn, R.W. Hofmeister, H. Neikirk e.a..- Journal of Family Practice; jrg. 16, no. 2, 1983, p. 329-334

nivel

497 verwijzingen door een regionaal opleidingscentrum voor huisartsen werden onderzocht vanuit het oogpunt van de verwachtingen van de huisartsen voor de continuïteit van de zorg voor de verwezen patiënt. Deze verwachtingen werden vastgelegd op het moment van verwijzing in drie elkaar uitsluitende categorieën. De resultaten geven aan dat de verwachtingen van de huisartsen significant variëren ten aanzien van het specialisme van de consultant.

206

Hanzens, A.

Opzet en werkwijze van een contactgroep ziekenhuisnazorg/A. Hanzens.- Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg. 34, no. 22, 1981, p. 963-968

nivel

In aansluiting op het artikel van Lablans (zie nr. 224) wordt verhaald over de opzet en werkwijze van een contactgroep ziekenhuisnazorg in Zaanstad. Hoewel de bereidheid tot samenwerken aanwezig is, is het directe contact tussen ziekenhuis en wijkverpleegkundige nog lang niet optimaal. Veel aan-

vragen voor nazorg worden buiten het intake-spreekuur om doorgegeven. De wijkverpleegkundigen nemen nog te weinig contact op met het ziekenhuis als zij vragen hebben over behandeling/verpleging en ontslag van een patiënt.

207

Harberden, P. van

Kopzorg over nazorg/P. van Harberden.- Medisch Contact; jrg. 37, no. 16, 1982, p. 493-494

nivel

Verkorte weergave van een rede uitgesproken tijdens een ledenvergadering van het Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten. Er werd gepleit voor een positieve, vergemakkelijkende benadering van de zelfhulp. Die benadering vraagt naast de erkenning dat contact met lotgenoten bijzonder nuttig kan uitwerken, de erkenning dat nazorg-groepen een correctie- en brugfunctie kunnen vervullen ten opzichte van de professionele hulpverlening.

208

Horn, G.H.M.M. ten

Voorzorg, nazorg, geen zorg; de samenwerking tussen de ambulante en de klinische G.G.Z./G.H.M.M. ten Horn.-Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; jrg. 34, no. 10, 1979, p. 669-672

nlgv, wvc

Geconstateerd wordt in dit artikel dat van het oorspronkelijke doel van de ambulante GGZ, het verlenen van nazorg aan klinisch behandelde patiënten, nauwelijks meer sprake is. Er heeft een vervaging plaatsgevonden in de werkwijze van de verschillende hulpverleners en een verandering in de cliëntenpopulatie waardoor de continuïteit van de zorg voor de patiënten op de tocht is komen te staan.

Horn, G.H.M.M. ten

Aftercare and readmission: a Dutch psychiatric case register study/G.H.M.M. ten Horn.- Social Psychiatry; jrg. 19, no. 3, 1984, p. 111-116

wvc

Een aantal psychiatrische patiënten dat tussen 1974 en 1978 ontslagen was, werd gedurende een periode van een jaar met een register voor de geestelijke volksgezondheid gevolgd. 53% kreeg enige vorm van nazorg gedurende de eerste twaalf weken na het ontslag. Het percentage heropnames in het jaar na ontslag was 38. Nazorg bleek geen invloed te hebben op de kans opnieuw opgenomen te worden.

Horn, S. ten

Nazorg geeft kopzorg: een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid/S. ten Horn.- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; jrg. 37, no. 12, 1982, p. 1279-1294

nivel

Verkorte en bewerkte weergave van het gelijkkluidende proefschrift.

Nagegaan wordt hoe de nazorg van een groep van patiënten zich in de jaren 1974 tot en met 1978 in feite voltrok. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de gegevens die voor het Register Geestelijke Volksgezondheid op de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU-Groningen werden verzameld.

De in dit onderzoek besproken 795 ontslagen hebben betrekking op 502 afzonderlijke patiënten uit een stedelijke gemeente met ca. 45.000 inwoners.

Er blijkt weinig van nazorg terecht te komen. Direct na het ontslag krijgt de helft geen begeleiding van een GGZ-hulpverlener. Als vermoedelijk belangrijkste reden noemt de schrijfster de gebrekige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. De scheiding tussen klinische hulpverleners enerzijds en de ambulante/poliklinische ander-

zijds veroorzaakt permanente communicatiestoornissen. Bovendien is de nazorg versnipperd over een groot aantal diensten. Schrijfster ziet wel iets in een andere financiering, waardoor het voor instellingen gemakkelijker wordt om hun personeel, al naar gelang de behoefte, klinisch of ambulant in te zetten.

211

Horn, S. ten

Continuïteit en kwaliteit van hulpverlening: centrale begrippen in de Nieuwe Nota/S. ten Horn.- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; jrg. 40, no. 11, 1985, p. 1145-1153

niveau

In twee uitgangspunten van de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) staat de continuïteit van de hulpverlening centraal:

- het aanbod dient de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen;
- de continuïteit van hulpverlening vergt een integrale zorgverlening.

Het streven is dat de patiënt in de nabije toekomst de hulpverlening ontvangt die hij op dat moment behoeft. Dit zal in de komende jaren ongetwijfeld leiden tot een grotere behoefte aan eenheid in de diagnostiek, de classificatie van problemen en stoornissen, en in de behandelplannen. Een randvoorwaarde is een goed geïntegreerd regionaal informatiesysteem. Verder moet het beleid er in de komende jaren op gericht zijn om organisatorische barrières voor continuïteit en kwaliteit van hulpverlening te verminderen. Een verbetering van continuïteit zal niet automatisch leiden tot meer kwaliteit ervan, maar zal er zeker een goede basis voor verschaffen.

212

Hughes, L.E.

Follow up of patients with breast cancer/L.E. Hughes en S.P. Courtney.- British Medical Journal; jrg. 290,

no. 6477, 1985, p. 1229-1230

wvc, niveau

Uiteenzetting over het belang van nazorg en nacontrole van borstkankerpatiënten ten einde recidieven te voorkomen. Geadviseerd wordt patiënten zelfonderzoek aan te leren en hen iedere verandering aan de huisarts te laten melden die dan voor eventuele snelle verwijzing naar een ziekenhuis kan zorgen.

213

Inventarisatie

Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg/Nationale Kruisvereniging Afdeling Zorgverlening.- Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985

niveau

Deze inventarisatie van de inhoud, opzet, uitvoering en ervaren knelpunten in de continuïteit van verpleegkundige zorg tussen kruiswerk en ziekenhuis baseert zich op gegevens die verkregen zijn door middel van een rondgang langs de lidinstellingen in 1983. Wordt het totaal aantal ontslagen ziekenhuispatiënten afgezet tegen het via het nazorgsysteem in zorg gekomen aantal patiënten bij de wijkverpleging dan blijkt er sprake te zijn van een doorgifte welke ligt tussen 1,3% en 14,4% voor het ziekenhuis naar huis en voor de doorgifte van het verpleeghuis naar huis tussen de 6,6 en 22,8%.

214

Jaarverslag

Jaarverslag 1984 afdeling continuïteit in de zorg/Provinciale Groninger vereniging Het Groene Kruis.- Groningen: Provinciale Groninger vereniging Het Groene Kruis, 1985

niveau

De indruk bestaat dat er in 1984 meer overdrachten zijn geweest en hulpvragen zijn gesteld aan de wijkverpleegkundige. Een reden zou kunnen zijn dat men het werk van de wijkverpleegkundige beter weet

in te schatten.

Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat door de diverse ontwikkelingen in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg patiënten eerder naar huis worden gestuurd c.q. patiënten langer thuis kunnen worden verzorgd. Dit vereist behalve deskundigheid ook een samenwerking met de verschillende disciplines in de eerste en tweede lijn.

215

Jenner, J.A.

Nazorg als wondermiddel/J.A. Jenner.- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; jrg. 39, no. 5, 1984, p. 533-541

nivel

De term nazorg kan beter worden vervangen door een minder belaste(nde); de indicatiestelling dient nader te worden onderzocht, de te gebruiken methodieken nader te worden geconcretiseerd en geëvalueerd. Waarschijnlijk hebben chronisch psychotische patiënten een intensievere, meer frequente vorm nodig met kleinere subdoelen, gegeven door actief outreaching werkende medewerkers.

216

Jong, A. de

Nazorg bij functionele niet-affectieve psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de G.G.Z./A. de Jong, R. Giel, G.H.M.M. ten Horn e.a.- Tijdschrift voor Psychiatrie; jrg. 25, no. 6, 1983, p. 422-439

ncgv, wvc

Overzicht van de hulp die een cohort patiënten gedurende 3 jaar na het begin van een psychose verkreeg. De belangrijkste bevindingen worden samengevat. Opvallend is dat nazorg zo weinig intensief gegeven wordt. Gepleit wordt voor een meer intensieve bemoeienis met deze patiënten en besproken worden de consequenties voor het systeem van de geestelijke gezondheidszorg.

Kaaij, P. van der

De bijdrage van een verpleegkundige nazorgdienst aan de continuïteit in de verpleegkundige verzorging/P. van der Kaaij.- Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 4, no. 5, 1976, p. 208-210
niveau

Bespreking van een evaluatie-onderzoek naar de verpleegkundige nazorgdienst te Nijmegen, uitgevoerd door het Instituut voor Toegepaste Sociologie uit Nijmegen (1975).

Ten einde voor toekomstige beleidsbeslissingen inzicht te krijgen in de mate waarin de nazorgdienst een daadwerkelijke bijdrage levert aan de continuïteit in de verpleegkundige verzorging, wordt een onderzoek uitgevoerd naar het functioneren. Dit gebeurt aan de hand van 294 ingevulde nazorgformulieren, een schriftelijke enquête onder betrokken wijkverpleegkundigen en huisartsen en gesprekken met ziekenhuisverpleegkundigen, specialisten en (hoofd)wijkverpleegkundigen uit Nijmegen en directe omgeving.

De resultaten kunnen in drie hoofdthema's worden onderverdeeld:

- de patiëntenselectie;
- snelheid en kwaliteit van de berichtgeving aan wijkverpleegkundige en huisarts;
- de contacten tussen ziekenhuisverpleging en wijkverplegingen de plaats, die daarbij door de nazorgdienst wordt ingenomen.

Kiers, J.

In Twente al tien jaar ervaring met nazorg thuis/J. Kiers.- Inzet; jrg. 8, no. 4, 1984, p. 8-9. Zie ook: Maatschappelijke Gezondheidszorg; jrg. 12, no. 6, 1984, p. 20-21
niveau

Interview met M.A.C. van Driel, hoofd van de verpleegkundige dienst ten behoeve van de Kruisvereni-

ging Enschede/Haaksbergen.

In 1974 is begonnen met een nazorgdienst. Bewezen moest worden dat er een efficiëntere manier was om de nazorg van ziekenhuispatiënten te regelen. Na tien jaar is er duidelijk vorm gegeven aan de nazorg voor ziekenhuispatiënten. Aan de orde komen onder andere: de overdracht, instructie en terugrapportage.

219

Klein, A.L.

Continuïteit van zorg, jaarverslag 1983 en 1984/A.L. Klein en G. Rotgans-Verbeek.- Arnhem: Provinciale Kruisvereniging Gelderland, 1985
niveau

Verslag van de activiteiten in de continuïteit van zorg in de jaren 1983 en 1984. Aanvullend wordt gesteld dat in de besprekingen van de werkgroepen rond de ziekenhuizen steeds meer de inhoudelijke aspecten van de zorg de aandacht hebben gekregen. Naast uitvoering werd meer beleidsvoorbereidend werk verricht, hetgeen resulteerde in een andere samenstelling van de werkgroepen en inhoud van de vergaderingen.

Als knelpunten worden o.a. genoemd:

- het bereiken van leerlingen om continuïteit van zorg de plaats te geven die het behoort in te nemen: geïntegreerd in het dagelijkse werk van de verpleegkundigen;
- intra- en extramuraal de inhoud van de zorg voor de patiënt beter afstemmen;
- het verbeteren en continueren van overleg op intra- en extramuraal beleidsniveau om de zorg rond de patiënt op uitvoerend niveau gestalte te kunnen geven.

(Zie ook nr. 224, 226, 234)

220

Klok-Seggers, G.

Kontinuiteit van zorg/G. Klok-Seggers en T. Gravesteijn-Terheggen.- s.l.: s.n., 1979

nivel

Onder de titel "Kontinuiteit van zorg: ook onze zorg of ons een zorg", wordt ingegaan op de gevolgen van het aanstellen van twee functionarissen voor de opzet van een nazorgdienst ten behoeve van ontslagen ziekenhuispatiënten.

221

Knapen, M.H.J.M.

De Amsterdamse nazorgdienst/M.H.J.M. Knapen, A.P.A. Raaijmakers en J.M. Hutjes.- Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1971

nivel

Voorstudie ter evaluatie van de structuur en functionering van de nazorg ten behoeve van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten.

In Amsterdam wees de ervaring uit, dat de arts niet langer als enige schakel tussen ziekenhuis en extramurale zorg kon optreden. De plaatselijke kruisverenigingen zijn daarom overgegaan tot de oprichting van een nazorgdienst. Vanuit de wens een meer systematische evaluatie van de huidige opzet en werkwijze van deze dienst uit te voeren, wordt ter voorbereiding deze voorstudie uitgevoerd.- Daarin worden aan de hand van literatuur- en documentatiestudie, gesprekken met bij de nazorg betrokkenen en een globale analyse van een aantal representatieve patiëntengegevens, enkele onderzoeksvorstellen nader uitgewerkt. Onder andere wordt voorgesteld ten aanzien van wijkverpleegkundigen gegevens te verzamelen over met name het verstrekken van patiëntengegevens, selectiecriteria en de feitelijke verkregen hulp vanuit de eigen omgeving.

222

Knapen, M.H.J.M.

Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg/M.H.J.M. Knapen, W.C.M. Scheffer en J.M. Hutjes.- Nijmegen; Instituut voor Toegepaste Sociolo-

gie, 1975, dl 1: tekst, dl 2: bijln.. Zie ook: Katholieke Gezondheidszorg; jrg. 41, no. 9, 1972, p. 417-421

nivel

Groot landelijk onderzoek aansluitend op "Beeld en gebruik kruisverenigingen-1973", onder 500 wijkverpleegkundigen, 994 van hun patiënten/cliënten en 573 huisartsen. Men probeert een beeld te krijgen of en in hoeverre de door de wijkverpleegkundige gegeven hulp afgestemd is op de aard en intensiteit van de bij de patiënt bestaande vraag. Dit onderzoek geeft zo een verdieping van de algemene inzichten van het beeld en gebruik-project, voorzover het een specifieke voorziening betreft. Door zowel van de patiënt, de daarbij betrokken wijkverpleegkundige en de huisarts middels interviews informatie in te winnen, wordt een gedetailleerde inventarisatie van het hulpverleningsproces verkregen. Drie vragen staan daarin centraal:

- Ten aanzien van welke problemen vraagt de feitelijke 'consument' om hulp en hoe zien huisarts en wijkverpleegkundige dit?
- Wat doet de wijkverpleegkundige en wat vinden de betrokkenen van de hulp?
- Op welke wijze is ook de huisarts zowel rechtstreeks als via de wijkverpleegkundige betrokken bij deze gevallen en wat vinden de betrokkenen van zijn hulpverlening?

Conclusie is dat men zich moeilijk aan de indruk kan onttrekken dat huisarts en wijkverpleegkundige nogal eens langs elkaar heen werken. Van een intensieve samenwerking kan in de praktijk van de eerstelijnsgezondheidszorg dan ook moeilijk worden gesproken, zelfs als het gaat op diverse hulpverleners die met dezelfde patiënt bezig zijn.

223

Krijgsman, A.R.

Georganiseerde nazorg in Nederland: een inventarisatie van vormen van wijkverpleegkundige nazorg/A.R. Krijgsman.- Utrecht: Nederlands instituut voor onder-

zoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986
niveau

Verslag van een oriënterende studie naar de aansluiting van de verpleging in het ziekenhuis op de verpleging thuis. Deze studie houdt zich bezig met een inventarisatie van de door de wijkverpleging georganiseerde nazorg. Speciale aandacht krijgen daarbij de zogenaamde nazorgfunctionarissen van het kruiswerk. Op basis van deze inventarisatie wordt een onderzoeksvorstel geformuleerd.

224

Lablans, F.

Zorg-voor-zorg-na ziekenhuis: samenwerking ziekenhuis-wijkverpleging/F. Lablans, J. Mulder en M. In 't Zand.- Tijdschrift voor Ziekenverpleging; jrg. 34, no. 22, 1981, p. 955-962

niveau

Beschrijving van het opzetten van een gestructureerde vorm van continuïteit van verpleegkundige zorg door drie bij de Provinciale Kruisvereniging Gelderland aangestelde nazorgfunctionarissen. Om deze continuïteit te realiseren wordt ernaar gestreefd de collega's door middel van overdrachtsformulieren op de hoogte te stellen. Hiervoor is het nodig, welke criteria voor selectie van patiënten zullen worden gehanteerd, hoe de ander te bereiken is enz., het aanstellen van verantwoordelijke c.q. aanspreekbare functionarissen met betrekking tot de continuïteit van de zorg aan te bevelen.

(Zie ook nr. 219, 226, 234)

225

Leeuwen, M. van

Rapportage van een verkennend onderzoek naar beperkingen van verpleegkundige zorg thuis/M. van Leeuwen.- Zoetermeer: Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, 1984

niveau

In dit onderzoek is geprobeerd antwoord te vinden op twee vragen:

- welke patiënten kunnen niet thuis zijn wegens het ontbreken van noodzakelijke verpleegkundige zorg?
- wat is de aard van de gevraagde verpleegkundige zorg?

Gegevens zijn verzameld bij enkele ziekenhuizen, een districtsverpleegkundige van de provinciale kruisvereniging, het plaatselijk kruiswerk en enkele huisartsen. Aan allen is gevraagd om gedurende drie maanden een registratie bij te houden van die patiënten op wie het onderzoek betrekking heeft, op een voor allen gelijk formulier.

Het blijkt in het bijzonder om oudere mensen te gaan met oncologische of psychiatrische ziektebeelden. Zij kunnen niet thuis blijven omdat de noodzakelijke continue verpleegkundige hulp niet door de omgeving en wijkverpleging te geven is.

Enkele signalen die uit het onderzoek naar voren kwamen:

- het ziekenhuis bepaalt het moment van ontslag;
- is er intramuraal voldoende inzicht in de mogelijkheden van extramuraal, of zouden sommige patiënten eerder naar huis kunnen door ~~meer~~ een beroep te doen op extramuraal?

226

Mertens, S.

Zorg voor nazorg: ontwikkeling van de nazorg in de provincie Gelderland, knelpunten, konklusies en aanbevelingen/S. Mertens.- Arnhem: Provinciale Kruisvereniging Gelderland, 1979

nivel

Het doel van deze nota is inzicht te verstrekken in de visie van de Provinciale Kruisvereniging Gelderland (PKG) inzake de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Tevens wordt aangegeven welke mogelijkheden de PKG benut om de haar voor ogen staande zorg te verwezenlijken.

(Zie ook nr. 219, 224, 234)

Meyboom, W.A.

Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis: een toetsingsonderzoek/W.A. Meyboom en A.F. Casparie.- Medisch Contact; jrg. 35, no. 33, 1980, p. 989-994

nivel

Beschreven wordt een toetsingsstudie naar de kwaliteit van de berichtgeving bij ontslag aan de huisarts. Tijdens twee perioden van drie maanden werden 325 ontslagbrieven uit een ziekenhuis door drie huisartsen op acht onderdelen beoordeeld.

Vooraf de beschrijving van de aan de patiënt verstrekte voorlichting en het advies over het verdere beleid ontbraken vaak. Tussen beide metingen in werd geprobeerd de berichtgeving te verbeteren door een andere lay-out van het 'voorbericht bij ontslag' te maken en door de medische staf het resultaat van de eerste meting te laten zien. In de tweede meetperiode scoorden alleen de onderdelen 'ontslagdiagnose' en 'behandeling tijdens opname' veel hoger en voldeden aan het gestelde criterium van aanwezigheid in tenminste 90% van de brieven. De snelle berichten bleken inhoudelijk de beste. Het is vooral de attitude van de specialist die de kwaliteit van de berichtgeving bepaalt.

Meyerson, A.T.

What's new in aftercare. A review of recent literature/A.T. Meyerson en G.S. Herman.- Hospital and Community Psychiatry; jrg. 34, no. 4, 1983, p. 333-342

nivel

Overzicht van tijdschriftartikelen vanaf 1977. Er worden korte beschrijvingen gegeven van de belangrijkste resultaten van onderzoeken naar nazorg in haar verschillende vormen.

Conclusie is dat hoewel de onderzoeken positieve resultaten te zien geven voor patiënten in nazorgprogramma's, geen van de toegepaste benaderin-

gen onderworpen zijn geweest aan diepgaand wetenschappelijk onderzoek welke de alom toegepaste nazorg kan rechtvaardigen. Benadrukt wordt dan ook de noodzaak voor verdere studies die kunnen vaststellen welk type nazorg het meest geschikt is voor welk type patiënt.

229

Nationale Ziekenhuisraad

Continuïteit van de zorg: ziekenhuis-wijkverpleging: aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg/Nationale Ziekenhuisraad, Nationale Kruisvereniging.- s.l.: Nationale Ziekenhuisraad, Nationale Kruisvereniging, 1978
niveau

In deze nota komt een werkgroep, bestaande uit NZR, NK, landelijke specialisten- en huisartsenverenigingen en de ziekenfondsen, met een model waarin wordt aangegeven op welke wijze de zorg voor de patiënt bij de overgang van het ene naar het andere hulpverleningssysteem ononderbroken en adequaat verleend kan worden.

Men constateert dat continuïteit van de zorg vooral betekent continuïteit van de communicatie tussen zorgverleningssystemen. Men pleit voor een gestructureerd communicatiekanaal tussen ziekenhuis en kruisvereniging. Daarbij verdient het aanbeveling dat beide instanties een functionaris aanwijzen die als direct aanspreekbaar contactpersoon optreedt.

230

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland

De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland/Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland.- Haarlem: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland, 1972. Zie ook: H. van Zwol.- Katholieke Gezondheidszorg; jrg. 41, no. 7, 1972, p. 327-331

niveau

Onderzoek naar de concrete behoefte aan nazorg in de provincie Noord-Holland, buiten Amsterdam, door middel van een enquête onder wijkverpleegkundigen en interviews bij 77 huisartsen.

Bij de overgrote meerderheid van de wijkverpleegkundigen blijkt behoefte te bestaan aan het instellen van een georganiseerde nazorg, waarvan de invoering bij het overgrote deel van de huisartsen niet op bezwaren stuiten, mits deze in het overleg van alle handelingen worden betrokken.

231

Rowley, J.M.

Home care for patients with suspected myocardial infarction: use made by general practitioners of a hospital team for initial management/J.M. Rowley, J.R. Hampton en J.R.A. Mitchell.- British Medical Journal; jrg. 289, no. 6442, 1984, p. 403-406

wvc, niveau

Verslag van de ervaringen met een ziekenhuisdienst in Nottingham t.b.v. huisartsen voor de eerste behandeling van patiënten die van een hartinfarct worden verdacht en die geschikt zouden kunnen zijn voor thuiszorg. Een dergelijke voorziening blijkt in een grote stad nauwelijks invloed te hebben op het totale zorgpatroon voor deze patiënten.

232

Schmitz, L.

Kontinuiteit in de praktijk: diskussienota over afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis/L. Schmitz.- Amsterdam: Werkgroep Samenwerking Wilhelmina Gasthuis, Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen, 1985

niveau

Nota over de problematiek van de samenwerking tussen verpleegkundigen in de wijk en in het ziekenhuis en over de problematiek van de afstemming van verpleegkundige zorg in de eerste en die in de tweede lijn.

Deze samenwerking en afstemming staat daarbij uitdrukkelijk in het teken van de realisering van continuïteit van zorg voor de patiënt. Er blijkt geen vanzelfsprekendheid te zijn daar waar het gaat om overdracht van zorg over een patiënt van eerste naar tweede lijn en vice versa.

Verpleegkundigen zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars werkveld en mogelijkheden en de opleiding is vrij eenzijdig gericht op dat ene werkveld waar de verpleegkundige haar beroep gaat uitoefenen.

Het streven van de Werkgroep vorm te geven aan de continuïteit van zorg is aanleiding geweest de, gezamenlijke, kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening te onderzoeken. Drie kerndimensies -het scheppen van een therapeutisch klimaat; het coördineren van activiteiten; het zorgdragen voor continuïteit- zijn vervolgens ingevuld, toegespitst op de situatie van de wijkverpleegkundige, de polikliniekverpleegkundige en de ziekenhuisverpleegkundige. Tot slot wordt een reeks van aanbevelingen geformuleerd.

233

Scipio-Blume, A.

Zorgen om de nazorg: het ontstaan van de te verwachten toename van de nazorg als logies gevolg van de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg/A. Scipio-Blume en P. Willems.- Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1977.- scriptie

nivel

Literatuurstudie over de opvang van de uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en dan met name hoe deze geschiedt door de huisarts en wijkverpleegkundige. Deze opvang zal een steeds belangrijker onderdeel van de gezondheidszorg worden omdat het overheidsbeleid gericht is op het terugdringen van de kostenstijging binnen de gezondheidszorg door het accent meer op het eerstelijnswork te leggen. Hierdoor zal het aantal nazorgbehoevende patiënten de komende jaren aanzienlijk toenemen. Men voorziet ernstige problemen voor de eerste lijn gezien de nu

al bestaande overbelasting en de slechte communicatie onderling en met de tweede lijn, met name het ziekenhuis.

De conclusie is dat het overheidsbeleid gericht moet zijn op versterking van de eerste lijn met daarnaast geen voorbarige afbraak van de tweede. Er moet een goede nazorg worden verleend. Wie deze uitvoert is van minder belang: het kan de huisarts zijn, maar ook de wijkverpleegster of de maatschappelijk werkster. Voorwaarde is wel dat zij elkaars werkterrein kennen.

234

Soons, P.

De dienst continuïteit van de zorg te Nijmegen/P. Soons en E. van der Put.- Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1985
niveau

Dit onderzoek richt zich op de achtergrondkenmerken van de nazorgpatiënten, de hulpvraag aan de wijkverpleegkundige en de eventuele verschillen hierin tussen de algemene ziekenhuizen. Ook wordt gekeken naar de samenwerking tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging.

Uit het onderzoek komt naar voren dat met name vrouwen, ouderen, oncologiepatiënten en interne geneeskunde nazorg krijgen. Verder komt naar voren dat:

- de ziekenhuisverpleegkundigen verwachten ~~meer~~ en ~~meer~~ eenduidigheid van de wijkverpleegkundigen op curatief gebied;
- de wijkverpleegkundigen eerder en meer informatie verwachten bij het ontslag van een patiënt;
- er richtlijnen dienen te worden opgesteld ter bepaling van de behoefte aan nazorg.

(Zie ook: nr. 219, 224, 226)

235

Sorel, F.M.

De nazorg nagelaten/F.M. Sorel.- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; jrg. 37, no. 12, 1982, p. 1295-1305

nivel

Verkorte weergave en deels nadere uitwerking van het door de Provinciale Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg in Limburg uitgebrachte rapport "De nazorg, een wegebbende functie?" (Sorel 1981).

Sorel onderscheidt een periode van relatieve bloei van de nazorg, 1926 tot circa 1970, en de huidige periode, waarin de nazorg als functie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg sterk aan betekenis inboet. Dit komt volgens hem doordat de sociaal-psychiatrische diensten (SPD-en) zich ontwikkelden van voor- en nazorgdiensten tot zelfstandige hulpverlenende instellingen gericht op hulpvragen die op generlei wijze zijn gelieerd, of dat ooit zullen worden, aan klinische opnamen. De poliklinieken van de psychiatrische centra hebben de nazorg overgenomen. Veel patiënten echter die uit de kliniek worden ontslagen, krijgen niet de nazorg die zij behoeven. Daar moet wat aan gedaan worden.

236

Spanje, F.A. van

Signalen uit het patiëntenveld/F.A. van Spanje.- s.l.: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Zeeland, 1983
niveau

Een onderzoek op Walcheren door middel van interviews met 40 aselekt gekozen patiënten met het doel de routing van de patiënt door het gezondheidszorgsysteem na te trekken. Het blijkt dat de coördinatie tussen huisartsen en specialisten van patiënten die na behandeling uit het ziekenhuis zijn ontslagen met horten en stoten verloopt. Dit komt de nazorg niet ten goede. Het blijkt dat:

- de huisarts te summiere informatie aan de patiënt verstrekt;
- de specialist de vraagstelling van de huisarts negeert en opnieuw begint;
- de interne coördinatie in de ziekenhuizen te wensen overlaat;
- specialisten te weinig overleg voeren over de-

zelfde patiënt.

Bij het ontslag uit het ziekenhuis naar de thuissituatie vindt 60% van de patiënten die overgang niet goed afgestemd. Het gebrek aan coördinatie en informatie tussen de diverse gezondheidsbeoefenaren naar de patiënt toe zou aanleiding moeten zijn voor een herbezinning op dit gebied in heel Nederland.

237

Verhaak, P.F.M.

Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid/P.F.M. Verhaak, J.T. van Busschbach en D. Kortenhoeven.- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985
niveau

Het centrale onderwerp van dit onderzoek is de vraag welke behoefte aan zorg onder de bevolking leeft, in welke mate de wijkverpleging daaraan tegemoet komt en in welke mate daarin voorzien kan worden in het licht van het veranderend overheidsbeleid, te weten verschuivingen van professionele zorg naar mantelzorg en van intramurale zorg naar algemene thuiszorg.

Het onderzoek richt zich hiertoe op drie groepen van chronische patiënten, die thuis woonden en aldaar verpleegd werden, op patiënten die net uit het ziekenhuis ontslagen waren en enigerlei vorm van verpleegkundige hulp nodig hadden, en op thuiswonende bejaarden die op een indicatielijst voor opname in een bejaardenhuis stonden.

Per patiëntengroep werd in Zeeland en Twente getracht om evenveel patiënten te vinden die wel en géén wijkverpleegkundige zorg ontvangen (n=119). Tevens is geprobeerd stad-platteland, man-vrouw en alleen wonend-niet alleen wonend zo gelijk mogelijk vertegenwoordigd te laten zijn. Door deze opzet kan men bij de onderzochte patiëntengroepen signaleren of er op bepaalde gebieden vervulde of onvervulde behoeften bestaan. De grootste behoefte (85%) is er aan (professionele) hulp bij of overname van huishoudelijk werk en algemeen dagelijkse levensver-

richtingen (ADL). Dit gegeven staat op gespannen voet met het beleid van de overheid in casus de verschuiving naar meer mantelzorg en thuiszorg.

Op andere terreinen dan de strikt lichamelijke verpleging is evenwel de mate van onvervulde behoeften aanleiding een aantal suggesties te doen voor taakuitbreiding van het kruiswerk.

238

Vermeulen, C.A.

Rapport: project "nazorg ziekenhuispatienten" in de groepspraktijk Rhenen/C.A. Vermeulen.- Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1973 (Zie ook: K. Gill.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 17, no. 1, 1974, p. 32-33

nivel

Met dit onderzoek werd beoogd om systematisch een inventarisatie op te maken van de bevindingen, besluiten en ervaringen van de huisarts met betrekking tot de specifieke zorg die nodig is voor de uit het ziekenhuis ontslagen patienten. Vier huisartsen hebben gedurende 1 jaar beschreven welke patienten naar hun inzicht nazorg behoeften. Ook noteerden zij de aard van de verleende zorg, de intensiteit en de duur. De hypothese dat nazorg voor uit het ziekenhuis ontslagen patienten voornamelijk medische zorg inhoudt, wordt door de resultaten bevestigd. De huisarts had met 62,3% van de 840 patienten een- of tweemaal contact, met de overige 37,7% zelfs frequenter. De medisch specialist behandelde nog 43,6%. De onderconsumptie van de wijkverpleging werd toegeschreven aan het feit dat meerdere patienten deze hulpverlening niet gemakkelijk accepteerden. Het grote aantal patienten (349) dat na ontslag hulp ontvangt van zijn directe leefmilieu naast dat van wijkverpleging of maatschappelijk werk kan een waarschuwing zijn voor de toekomst om de behoefte aan hulp niet al te veel te professionaliseren.

De continuïteit in zorg na ontslag uit het ziekenhuis behoeft primair een goed overleg tussen spe-

cialist en huisarts. Een goede samenwerking binnen de eerste lijn is daarentegen een belangrijke voorwaarde om een snelle en geïntegreerde zorg te garanderen.

239

Verschuren, M.

Selectiecriteria voor nazorg/M. Verschuren.- Maastricht: Capaciteitsgroep Verplegingswetenschap, s.a.-stageverslag
niveau

Onderzoek met het doel na te gaan of de juiste patiënten nazorg krijgen, en het ontwikkelen van selectiecriteria die bepalen welke patiënten nazorg nodig hebben.

De gegevens zijn verzameld door middel van interviews met 47 patiënten die nazorg krijgen en 43 patiënten zonder nazorg. Aan de verpleging werd gevraagd een formulier in te vullen waarop zij aangaven wat de reden was om wel/geen nazorg te geven. Twee personen keken bij elke patiënt onafhankelijk van elkaar of nazorg nodig was of niet. Bij 12 patiënten die geen nazorg kregen vonden zij deze wel nodig. Bij 15 patiënten hadden zij een verschillend oordeel. Het blijkt dat er negen criteria gehanteerd zouden moeten worden. In de praktijk wordt er echter met een tweetal geen rekening gehouden:

- noodzakelijke hulp en/of controle bij mensen met een prothese, wonden, dieet, contracturen etc.;
- ziekenhuisopname, patiënten waarbij het verblijf in het ziekenhuis geen verbetering in de gezondheidstoestand heeft gebracht.

240

Zuidervaart, J.

De nazorg van ziekenhuispatiënten/J. Zuidervaart en H. Lamberts.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 19, no. 11, 1976, p. 424-425
niveau

Samenvatting van een twee maanden durend proefonderzoek naar de behoefte aan nazorg bij 134 uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, uitgevoerd eind 1974 te Rotterdam Ommoord. Het blijkt dat er grote verschillen in deze behoefte bestaan. Er wordt daarom een aantal selectiecriteria genoemd, op grond waarvan de wijkverpleegkundige een nazorgbezoek aflegt. Er wordt geconcludeerd dat het in de eerste plaats de wijkverpleegkundige is, die een centrale plaats in de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten dient in te nemen en niet de huisarts.

AUTEURS INDEX

A

Albeda, B.L. van
1, 123

B

Barber, J.H.
35
Barr, D.M.
124
Becking, W.J.M.
71
Beek, M.
72, 73, 107, 108, 109, 110,
111
Bennen, J.
128
Bensing, J.
125
Bergsma, J.
103, 126
Berkel, P. van
142
Bobula, J.A.
189
Boerma, W.G.W.
127
Boertje, A.L.
2, 62
Bogaartz, W.L.I.
3
Bol, J.
128
Bork, J.J. van
129
Bos, E.
195

Braak, E.M. ter
130
Brand, H.J.
4
Bremer, G.J.
131, 196
Brouwer, H.J.
115
Brouwer, W.
132
Brown, S.E.
152
Bruins, C.P.
74
Brunschot, C.J.M. van
133
Bultman, J.
197
Buma, J.T.
199
Bungeroth, K.A.
134
Burink-Withaar, A.G.J.
van
198
Burkens, J.C.J.
75, 135
Busschbach, J.T. van
237

C

Capellen, A. van der
200
Carlisle, J.R.
136
Carne, S.
137

Casparie, A.F.	Dronkers, J.
76, 227	10
Clinton, C.	Drijver, H.
184	201
Cock, G.J.M. de	Duursma, S.A.
11	12
Colaço Belmonte, J.A.F.	Dijk, E.W.
138	62
Commissie Eerstelijns Gezondheidszorg	E
5	
Courtens H.G.M.	Elias, J.
6	13
Courtney, S.P.	Elick, J.A.M.
212	141
Cremers, A.G.P.	Emanuel Vink, E.H.
7	203
Cross Dunham, N.	Es, J.C. van
98	14, 15, 79, 80, 81, 82,
Cummins, R.O.	83, 84, 85, 145, 146,
139	147
Currie, C.T.	Esch, F. van der
77	201
D	Everwijn, S.M.
	86
Damme, D. van	Eijk, J. van
140	72, 73, 89, 107, 108,
Demmers, W.	109, 110, 111
141	F
Does, E. van der	
8	Fitzgerald, Frazer, J.S.
Dokter, H.J.	143
142	Fontein, D.L.
Donald, I.P.	16
143	Fry, J.
Dopheide, J.P.	17
9, 10, 11, 78, 119, 144, 185	G
Driel, M.A.C. van	
218	Gaag, J.A. van der
Drogendijk, C.A.	180
202	

Gerritsma, J.G.M.
 87
 Geurs, C.A. de
 18, 19
 Geyman, J.P.
 200
 Giel, R.
 216
 Gill, K.
 238
 Glenn, J.K.
 205
 Gold, M.
 88
 Gravensteijn-Terheggen, T.
 220
 Greve, W.B.
 21, 22, 23, 24, 25
 Griffen, H. van
 151
 Grinten, R. van der
 148
 Grol, R.
 89
 Grijn, D. van de
 149, 191

H

Haaften, K.L. van
 26, 27
 Haan, M.C. den
 150
 Hageman, H.J.
 151
 Halhuber, M.J.
 134
 Hampton, J.R.
 231
 Hansen, J.P.
 152

Hanzens, A.
 206
 Harberden, P. van
 207
 Harmonisatieraad
 Welzijnsbeleid
 92
 Harmsen, H.M.
 62
 Heckman, J.
 90, 91
 Hendriks, J.P.M.
 100
 Hennik, M.P.
 28, 29
 Hernan, G.S.
 228
 Heuvel, W.J.A. van den
 198
 Hoefnagels, K.L.F.
 93
 Hoeksma, B.H.
 30
 Hofmeister, R.W.
 205
 Holderbeke, J. van
 94
 Horikx, M.J.
 95
 Horn, G.H.M.M. ten
 208, 209, 216
 Horn, S. ten
 210, 211
 Hughes, L.E.
 212
 Hutjes, J.M.
 221, 222
 Huygen, F.J.A.
 32, 154
 Huynen, L.
 69

I

Inui, T.S.
139

J

Jacobs, H.M.
32, 34, 96, 155
Jager, S. de
40
Jenner, J.A.
215
Jerrom, D.W.A.
35
Jong, A. de
216
Jongerius, J.A.C.
97

K

Kaaij, P. van der
217
Kerkhof, P.D.
132
Kerkhoff, A.H.M.
156
Kersten, D.
157
Keijsers, L.L.J.M.
36, 172
Kiers, J.
218
Kindig, D.A.
98
Kirkwood, C.R.
45
Klein, A.L.
219
Klok-Seggers, G.
220

Knapen, M.H.J.M.

221, 222

Knoop, A.

37

Kok, W.G.C.

38

Kolkman, H.

39, 40, 41, 42, 43, 70,
158

Koning Gans, H.J. de

36

Kortenhoeven, D.

237

Krol, L.J.

159

Kruisvereniging Twente

204

Krijgsman, A.R.

223

L

Lablans, F.

224

Lagro-Janssen, T.

44, 104

Lamberts, H.

240

Landelijke Huisartsen
Vereniging

61, 153, 165, 229

Landelijke Specialisten
Vereniging

165, 229

Larsen, K.M.

45

Leeuwen, M. van

225

Lems, P.

99

Lodewick, L.

46, 47, 186

- Londen, J. van
48
- Loos, J.
69
- M
- Maertzdorf, W.
69
- Maesen, L.J.G. van der
49
- Mansvelt, J. van
50, 141, 160
- Meer-Tilanus, C.A.R. van
128
- Melker, R.A. de
33, 34, 51, 86, 96, 101,
154, 155, 161, 162, 163,
164, 199
- Mertens, S.
226
- Metz, W.
52
- Meij, M. van der
195
- Meijboom, W.A.
151, 227
- Meijdenberg, B. van den
195
- Meyerson, A.T.
228
- Middel, R.
37, 53
- Ministerie van Volksgezond-
heid en Milieuhygiëne
238
- Mitchell, J.R.A.
231
- Mokkink, H.
89
- Moor, L.
54
- Mulder, J.
224
- Mulder, J.D.
55
- Mulder, P.
103
- N
- Nationale
Kruisvereniging
213, 229
- Nationale Ziekenhuisraad
62, 102, 194, 229
- Neikirk, H.
205
- Nix, E.C.
18, 19
- Nijhout, F.P.
78, 166
- Nijhuis, H.J.
167
- Nijs, B. de
37
- O
- Oosterhuis, W.W.
168
- P
- Peters, J.H.
56, 57, 58, 169
- Petrie, J.C.
170
- Poels, E.F.J.
104
- Pop, P.
69, 132, 171, 172
- Post, D.
59, 105, 173, 174

Posthuma, B.H.	S
175	
Provinciale Groninger Vere-	Schadé, E.
niging Het Groene Kruis	115, 116
214	Scheffer, W.C.M.
Provinciale Raad voor de	222
Volksgesondheid in Noord-	Schimmel, H.
Holland	18, 19
230	Schmittling, G.
Put, E. van der	184
234	Schmitz, L.
Puijlaert, F.W.J.	232
60, 176, 177, 178	Schueler, J.B.
Pijlman, H.R.	153
145	Schulpen, T.W.J.
	181
R	Schuring-de Boer, J.J.
	26
Raaijmakers, A.P.A.	Schuringa-Boer, W.J.
221	27
Reenders, K.	Scipio-Blume, A.
62	233
Riegen, E.J.A.	Simpson, R.J.
106	35
Robb, O.J.	Smal, J.A.
170	87
Rood-Nieuwland, A.	Smith, R.W.
198	139
Rotgans-Verbeek, G.	Soeren, F. van
219	63, 64
Rowley, J.M.	Soons, P.
231	234
Ruhe, H.A.M.	Sorel, F.M.
179	235
Rutgers, M.J.	Spangenberg, F.
112, 113	13, 65
Rutten, F.F.H.	Spanje, F.A. van
180	236
Rutten, G.	Spreeuwenberg, C.
72, 73, 107, 108, 109, 110,	66, 183
111	Spronk, V.R.A.
	67

Staveren, G.	Vorst, F.A.
117	121
Stern, T.L.	Vrakking, W.J.
184	21, 25
Stolte, J.R.	Vrij, A.
118	122
Straatman, T.	
195	W
Stuurgroep Samenwerking	
Eerste-Tweede Lijn	Warburton, S.W.
69, 141	189
Sullivan, R.J.	Webster, J.
152	170
Swinkels, M.	Weerkamp-Wolfenbuttcl,
47, 68, 119, 185, 186	F.E.M.
	181
T	Weiss, B.D.
	190
Thiadens, A.J.H.	Werf, G.Th. van der
120	130
Tielens, V.C.L.	Wilkinson, S.P.
187	143
Touw-Otten, F.W.M.M.	Willems, P.
34, 96, 155	233
	Witte, J.J.
V	11
	Wolff, G.T.
Verhaak, P.F.M.	189
175, 237	Wijkcl, D.
Vermeulen, C.A.	149, 191
238	
Vernooy, F.M.	Z
153	
Verschuren, M.	Zand, M. in 't
239	224
Vissers, J.	Zee, J. van der
43	144, 192
Voogt, H.J. de	Ziekenfondsraad
188	114
Voort, C. van der	Zuidervaart, J.
39, 42, 70	240

Zwan, J.C. van der
193
Zwol, H. van
230
Zijlstra, T.R.
53

BRONNEN

NcGv

Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid
Da Costakade 45
Postbus 5103
3502 JC Utrecht
tel. 030 - 935141

NIVEL

Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel. 030 - 319946

NZI

Nationaal Ziekenhuisinstituut
Oudlaan 4
Postbus 9697
3506 GR Utrecht
tel. 030 - 739911

WVC

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Sir Winston Churchillaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
tel. 070 - 405687

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN:

Wijkverpleging/kruisvereniging:
samengesteld door R. Willemsen
bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986, 115 p.

Ouderen (I):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986, 108 p.

Ouderen (II):
samengesteld door A.K. de Leeuw
bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986, 132 p.

