

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - telefoon: 030 319946



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 25
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

samenwerking in hoogeveen

problemen in de samenwerking tussen
eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg

samenvatting
oktober 1982

M.A.A. Swinkels
J.P. Dopheide
G.J. Visser

© Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1982

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt ver-
meld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius
druk: Anton Leerentveld

W0-Brochure 82-07

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel.: 030 - 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek. Algemeen directeur is S. van der Kooij, arts.

Inhoud

	pag.
Inleiding	5
Samenwerking	6
Huisarts en specialist	9
Financiële gevolgen	11
Andere problemen	15
Conclusie	22

Inleiding

Sinds een tiental jaren werken rond het ziekenhuis Bethesda in Hoogeveen hulpverleners uit eerste en tweede lijn nauw met elkaar samen. Huisartsen en specialisten lopen daarbij voorop: zij overleggen met elkaar in een formeel samenwerkingsorgaan en in verschillende werkgroepjes en huisartsen hebben toegang tot de diagnostische voorzieningen van het ziekenhuis.

Die samenwerking leidde tot een verschuiving van kliniek naar polikliniek en van specialist naar huisarts en daarmee tot een scherpe daling van de verwijscijfers van de huisartsen: van 53 % in 1973 tot 44 % in 1974.

Naast tevredenheid over deze tastbare resultaten, groeide onder de hulpverleners de ongerustheid of hun samenwerking op de lange duur wel financieel haalbaar zou zijn. Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zegde daarop nader onderzoek toe en verzocht het Nederlands Huisartsen Instituut, het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG)/TNO dat voor hun rekening te nemen.

Het verslag van het vooronderzoek door deze drie instellingen verscheen in 1978. De onderzoekers concludeerden dat er geen aanwijsbare samenhang bestond tussen de samenwerking en de dalende verwijscijfers; zij hielden daarbij een slag om de arm, omdat de gegevens waarover zij hadden kunnen beschikken te algemeen van aard waren om een definitief oordeel te kunnen geven.

Nader onderzoek bleek dus geboden. In 1981 kreeg

het NHI de opdracht van het ministerie om 'een inventariserend onderzoek' te doen naar 'de knelpunten ten aanzien van de bestaande samenwerkingsstructuur'. Afgesproken werd dat het NZI binnen het kader van dit onderzoek de financiële aspecten van de samenwerking zou behandelen en het NIPG de problematiek van regionale samenhang en financiering. Het eindverslag van dit project verscheen in juni 1982. In deze brochure worden de bevindingen kort samengevat.

Samenwerking

Doel van het onderzoek was om na te gaan welke hulpverleners in Hoogeveen op welke manier met elkaar samenwerken én welke problemen in die samenwerking zijn te onderkennen. Gegevens werden verzameld door middel van telefonische en mondelinge interviews, schriftelijke enquêtes en analyse van secundair materiaal, zoals de jaarverslagen van het ziekenhuis en gegevens van het NZI.

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten dateert uit 1972. In dat jaar werd het klinisch-chemisch laboratorium op zogenoemde 'individuele contracten' voor huisartsen opengesteld. Spoedig daarna mochten zij ook gebruik maken van de röntgenkamer. De ziekenhuisdirectie verbond vanaf dat moment aan toegang tot laboratorium en röntgenkamer echter de eis dat de huisartsen zich zouden organiseren; iedere huisarts die van deze faciliteiten wilde profiteren, diende tot deze organisatie toe te treden. Onderhandelingen over gebruikscondities zouden dan met een delegatie van de

huisartsen gevoerd kunnen worden, en afspraken zouden in principe de gehele groep binden. De huisartsen voldeden aan deze wens door de oprichting van het 'Huisartsenberaad', als equivalent van de medische staf van het ziekenhuis, in 1973. De doelstelling van het beraad werd omschreven als het samen overleggen en nemen van beslissingen over gemeenschappelijke belangen, tenzij deze reeds door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (toen nog de PHV Meppel-Hoogeveen) of het Nederlands Huisartsen Genootschap worden behartigd. Het Huisartsenberaad lijkt een vrij hechte organisatie. Men vergadert eens per maand. Besluiten worden genomen bij gewone meerderheid van stemmen. Als één van de leden ernstige bezwaren heeft, kan over een zaak nog een besluitvorming in tweede instantie plaatsvinden, maar daarna is het besluit ook bindend voor alle leden.

De belangrijkste organisatie in de tweede lijn is de al langer bestaande medische staf. Deze vergadert, in principe voltallig, eens per maand. De vergaderingen hebben de ene maand een wetenschappelijk, de andere keer een huishoudelijk karakter. In de laatste soort vergaderingen wordt de samenwerking met de huisartsen besproken. Hoewel de relatie met de eerste lijn per specialisme uiteraard kan verschillen, probeert ook de medische staf zich als groep op te stellen ten opzichte van de huisartsen. Zo gelden bijvoorbeeld afspraken over berichtgeving aan huisartsen in principe voor alle specialisten.

Het formele overleg tussen huisartsen en specialisten vindt plaats in het overlegorgaan, dat in 1973 is opgericht. Het is samengesteld uit een afvaardiging van het Huisartsenberaad en de medische staf. Er wordt eens in de zes weken vergaderd. Men beoogt met dit overleg de samenwerking en wisselwerking tussen eerste en tweede lijn te bevorderen. Wensen, vragen, opmerkingen en klachten van huisartsen, specialisten en ziekenhuisdirectie worden besproken en zo mogelijk gerealiseerd, respectievelijk afgehandeld. Daarbij wordt naar duidelijkheid gestreefd van ieders rol en verantwoordelijkheid, en gewaakt voor rolvervaging. Gemaakte afspraken staan genoteerd in het zogenaamde afsprakenboek, dat wordt bijgehouden door de secretaris van de medische staf. Deze afspraken betreffen voornamelijk procedurele kwesties, zoals de introductie van nieuwe huisartsen en specialisten, het maken van een standaardverwijsbrief, standaardisatie van het ontslagbericht en dergelijke. Naast dit overlegorgaan functioneren er nog verschillende samenwerkingsgroepjes tussen eerste en tweede lijn, zoals het hartteam, het vaatteam, en het pijnteam. De laatste twee zijn casuïstisch van aard; het hartteam richt zich op evaluatie en zo nodig bijsturing van de hartrevalidatie als zodanig, en poogt tot algemeen geldende afspraken te komen. Dergelijke pogingen worden overigens ook ondernomen door kleine groepjes van twee of drie huisartsen en vertegenwoordigers van één specialisme.

Ook de fysiotherapeuten, maatschappelijk werkenden

en wijkverpleegkundigen in Hoogeveen hebben een vrij hechte organisatie. Contacten tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, met inbegrip van de huisartsen, zijn minder hecht dan die binnen elke groep afzonderlijk. Met name de relaties tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn vrij los. Dat is geen nieuw gegeven: de meeste huisartsen werken immers niet wijkgebonden, hun patiëntenbestanden vallen niet samen met die van de wijkverpleegkundigen en dat werkt remmend op hun onderlinge samenwerking.

Huisartsen en specialisten

Huisartsen en specialisten in Hoogeveen proberen te komen tot een vorm van consultatieve geneeskunde. Dat wil zeggen dat de huisarts in tamelijk vergaande mate verantwoordelijk blijft voor wat er, ook in de tweede lijn, met de patiënt gebeurt, en de specialist bereid is zich in de eerste plaats op te stellen als 'consulent' voor de huisarts. 'Consultatie' is in deze benadering niet gelijk aan het begrip consultatie zoals dat bij de experimenten met diagnostische centra wordt gehanteerd: het eenmalig door de specialist beoordelen van patiëntgegevens, samen met de huisarts, zonder de patiënt te zien. Evenmin valt het samen met de consultatie in de geestelijke gezondheidszorg ('mental health consultation') van Caplan, waarbij deskundigheidsbevordering van de consultatievragers voorop staat.

Het consultatiemodel dat in Hoogeveen wordt nagestreefd, is veeleer een 'kwestie van mentaliteit'.

Van de specialist vraagt dit, uiteraard met behoud van zijn professionele verantwoordelijkheid, dat hij, waar mogelijk, slechts die vragen beantwoordt, die de huisarts hem voorlegt en probeert om zo snel mogelijk de patiënt weer in handen van de huisarts te geven. De huisarts van zijn kant verplicht zich om de specialist tot een dergelijke handelwijze in staat te stellen, door het stellen van een duidelijke vraag, en door een gerichte verwijzing.

De bereidverklaring van de specialisten van het ziekenhuis Bethesda, intussen al zo'n tien jaar geleden, om volgens dit consultatiemodel te gaan werken is een opmerkelijke zaak. Het doorsnijden van de band tussen omzet en inkomen door het invoeren van een dienstverband voor de meeste specialisten zal deze opstelling wel vergemakkelijkt hebben, maar de principiële bereidheid om de rol van de huisarts bij de behandeling van de patiënt zo zwaar mogelijk te laten wegen, is toch ook op dit moment, nu versterking van de eerste lijn al jaren één van de uitgangspunten van het beleid is, onder specialisten geen gemeengoed.

Samenwerken volgens het consultatiemodel heeft ook zo zijn schaduwzijden. Daarbij moeten we allereerst als mogelijk probleem de financieringsstructuur van de gezondheidszorg noemen. Als men er werkelijk in slaagt de eerste lijn op deze wijze te versterken, dan kan dit nogal wat financiële consequenties hebben. Voor de huisarts, die voor zijn ziekenfondspatiënten (in de regio Hoogeveen 84 %) bij abonnement wordt betaald, betekent ver-

schuiving van de zorg naar de eerste lijn dat hij voor zijn ziekenfondspatiënten méér werk moet verrichten voor hetzelfde inkomen. Is deze toename aan werk aanzienlijk, dan zal praktijkverkleining noodzakelijk kunnen zijn, wat gepaard gaat met een zeker verlies aan inkomen.

Voor de specialisten, die grotendeels bij het ziekenhuis in loondienst zijn, is verschuiving van de zorg van tweede naar eerste lijn financieel neutraal. Het ziekenhuis echter zou in financiële problemen kunnen geraken, vooral als het samenwerkingsproces resulteert in een sterk dalende bedbezetting.

Daarnaast moet bedacht worden dat samenwerken tijd kost. Deze tijd moet zowel besteed worden aan de vergaderingen waarin algemeen geldende besluiten worden genomen (medische staf, huisartsenberaad, overlegorgaan), als aan het overleg ter zake van individuele patiënten. Deze tijd wordt op geen enkele wijze vergoed.

Tenslotte leidt werken volgens een consultatiemodel gemakkelijk tot taakafbakeningsproblemen: waar eindigt de verantwoordelijkheid van de ene hulpverviener en begint die van de andere? In het onderzoek naar de samenwerking in Hoogeveen is naast het financiële aspect op dit laatste probleem de nadruk gelegd.

Financiële gevolgen

Na tussen 1972 en 1974 van 89.3 % tot 81.2 % te zijn gedaald, blijft de bezetting van de bedden in het ziekenhuis, met lichte schommelingen, vrijwel constant; een daling onder de 80 % in 1980 is te

wijten aan een tijdelijke sluiting van de psychiatrische afdeling. De richtlijnen van het COZ (thans COTG) zijn zodanig, dat een ziekenhuis met een dalende bedbezetting voor een aantal functies mag uitgaan van een fictieve, berekende bedbezetting die 10 % hoger ligt dan de werkelijke bedbezetting, met een maximum van 90 %, mits de werkelijke bedbezetting hoger is dan 80 %. Tegen de achtergrond van deze richtlijnen hoeven de ontwikkelingen te Hoogeveen voor het ziekenhuis geen negatieve financiële gevolgen gehad te hebben. Interviews met de leden van de directie bevestigden die veronderstelling; in de jaarverslagen wisselen perioden met exploitatietekorten jaren met overschotten af. De conclusie van de financiële analyse is dan ook dat een daling of stijging van het aantal verpleegdagen of van het aantal verrichtingen op de nevenafdelingen bij het huidige COZ- (COTG-)beleid niet hoeft te leiden tot exploitatieverliezen voor het ziekenhuis; indien versterking van de eerste lijn op langere termijn leidt tot een sterke vermindering van het aantal verpleegdagen, zullen er echter structurele aanpassingen moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld vermindering van het aantal bedden.

Toch waren het vooral financiële argumenten die de deelnemers aan de samenwerking destijds deden twijfelen aan de haalbaarheid van het experiment. Daarom is in dit onderzoek expliciet aan huisartsen en specialisten gevraagd of deze door hen beleefde financiële problemen de samenwerking negatief hebben beïnvloed. In tabel 1 staan de resultaten.

Tabel 1 Mening van huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij) over financiële aspecten van samenwerking, in hele procenten.
(aantal huisartsen 24; aantal specialisten 22)

Uitspraak	Eens*	Oneens*	Geen mening
De huidige financieringsstructuur vormt een belemmering voor de samenwerking met huisartsen respectievelijk specialisten	46 36	17 27	37 37
De huidige problemen tussen eerste en tweede lijn te Hoogeveen hebben grotendeels een financiële achtergrond	21 18	50 55	29 27
Als gevolg van de samenwerking met huisartsen respectievelijk specialisten is mijn inkomen gedaald	17 0	67 42	16 58
De daling van de bedbezetting heeft de samenwerking met huisartsen resp. specialisten negatief beïnvloed	44 14	26 55	30 31
De grootte van mijn praktijk is aanzienlijk afgenomen	38 9	54 77	8 14
Een verdere daling van de grootte van mijn praktijk is vanuit financieel oogpunt niet meer acceptabel	63 29	25 29	13 42
De samenwerking tussen huisartsen en specialisten kost het ziekenhuis nogal wat geld	25 33	42 34	33 33
Door de samenwerking tussen 1e en 2e lijn zal het ziekenhuis onvermijdelijk bedden en specialisten moeten inleveren	46 23	29 36	25 41

*Antwoordcategorieën 'volledig (on)eens' en 'grotendeels (on)eens' zijn in deze en volgende tabellen samengevoegd.

Over het algemeen zien de huisartsen wat meer financiële problemen dan de specialisten, zowel wat betreft hun eigen financiële situatie, als wat betreft die van het ziekenhuis.

Hoewel 38 % van de huisartsen stelt dat de praktijkgrootte als gevolg van de samenwerking aanzienlijk is afgenomen (de komst van nieuwe artsen maakte dat ook mogelijk), is slechts 17 % van mening dat ook het inkomen gedaald is. Wel is voor 63 % van de huisartsen een verdere daling van de praktijkgrootte financieel niet acceptabel, een gegeven waarbij het woord 'verdere' soms tussen haakjes gezet moet worden.

Opvallend is het verschil tussen huisartsen en specialisten als het gaat om de rol van de dalende bedbezetting van het ziekenhuis. Veel meer dan de specialisten zien de huisartsen de lage bedbezetting in negatieve zin van invloed op de samenwerking. Dat is psychologisch voor de huisartsen ook wel iets gemakkelijker dan voor hun specialistische collega's: bedbezetting is immers een probleem waar zij buiten staan, dat zij dus sneller als negatieve factor kunnen aanwijzen dan de specialisten, die door hun opnamebeleid zelf mede de bedbezetting bepalen, en voor het merendeel ook nog als werknemer in dienst zijn van een werkgever voor wie bedbezetting in zekere mate het bedrijfsresultaat bepaalt. Twee keer zoveel huisartsen als specialisten denken dat het ziekenhuis als gevolg van de samenwerking bedden en specialisten zal moeten inleveren. Ook hier geldt dat het antwoord 'me eens' voor de huisartsen iets gemakkelijker is dan voor de specialisten.

Dat meer dan de helft van de huisartsen en tweederde van de specialisten niet van mening is dat de huidige financieringsstructuur de samenwerking belemmert, is opvallend als men bedenkt dat deze uitspraak objectief gezien toch grotendeels waar is.

Alles bij elkaar genomen lijken de gepercipieerde financiële knelpunten in de samenwerking wel mee te vallen; slechts één op de vijf ondervraagde artsen acht de achtergrond van de problematiek grotendeels van financiële aard.

Andere problemen

Behalve naar de financiële aspecten is ook gekeken naar wat de samenwerking voor huisartsen of specialisten kost of juist oplevert. Tabel 2 geeft een overzicht van de antwoorden op de vragen die hierop betrekking hebben (zie volgende pagina).

De huisartsen lijken in vergelijking met de specialisten wat meer 'kosten' te moeten maken. Weliswaar vinden iets meer huisartsen dan specialisten dat samenwerking vooral de eerste en veel minder de tweede lijn versterkt, maar daar staat tegenover dat deze vooral voor de huisartsen een taakverzwaring met zich meebrengt. Bovendien vinden veel meer huisartsen dan specialisten dat de samenwerking te veel tijd kost in verhouding tot wat het oplevert. Opbrengsten in de vorm van meer vrije tijd doen zich niet voor; kosten in de vorm van verlies aan autonomie bij de beroepsuitoefening evenmin.

Tabel 2 Kosten en baten van samenwerking voor huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij), in hele procenten.
(aantal huisartsen 24; aantal specialisten 22)

Uitspraak	Eens	Oneens	Geen mening
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen kost in relatie tot wat het oplevert te veel tijd aan overleg	54 14	42 77	4 9
Samenwerken met specialisten versterkt vooral de 1e en veel minder de 2e lijn	58 46	38 41	4 13
Samenwerken betekent voor een hulpverlener geen verlies aan autonomie	96 90	4 5	- 5
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen betekent voor mij méér vrije tijd	- -	91 86	9 14
De samenwerking met specialisten respectievelijk huisartsen heeft voor mij geleid tot taakverzwaring	58 32	21 59	21 9

Ook werd aan huisartsen en specialisten gevraagd naar hun mening over het belang van onderlinge samenwerking (zie tabel 3 op de volgende pagina).

De huisartsen blijken iets hoger te scoren op wat wel wordt aangeduid als het 'normatief idealiserend perspectief', hoewel de verschillen niet groot zijn. De wat hogere 'kosten' die de samenwerking voor de huisartsen met zich meebrengt, lijken gecompenseerd te worden door het feit dat de huisartsen, iets meer dan de specialisten, samenwerken tot norm verheven hebben, waaraan zij zelf een deel van hun motivatie tot samenwerken

ontlenen. Kort gezegd: het kost ze meer tijd dan de specialisten, maar ze vinden het ook (nóg) belangrijker. Het betreft echter, zoals gezegd, niet zeer grote verschillen.

Tabel 3 Antwoorden van huisartsen (bovenste rij) en specialisten (onderste rij) op uitspraken betreffende het normatieve perspectief inzake samenwerking.

Uitspraak	Eens	Oneens	Geen mening
Het belang van samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt vaak overdreven	8 32	92 55	- 13
Samenwerken met specialisten resp. huisartsen is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede beroepsuitoefening	100* 95*	- -	- 5
Samenwerking is slechts een modeverschijnsel	5 5	90 85	5 10

*De huisartsen scoren hier iets vaker 'volledig eens', en zijn dus iets extremer.

Tot zover geen grote problemen: financieel geen problemen, terwijl de huisartsen bereid zijn veel tijd te investeren, omdat zij samenwerking zo belangrijk vinden (dat geldt in absolute zin trouwens even goed voor de specialisten). Toch werd tijdens de looptijd van het onderzoek de samenwerking in het overlegorgaan door de huisartsen opgeschort. De belangrijkste oorzaak hiervoor is te vinden in problemen rond de taakafbakening tussen huisarts en specialist.

Tabel 4 geeft de mening van huisartsen en specialisten weer over een aantal items die betrekking hebben op dit punt.

Tabel 4 Meningen van huisartsen (bovenste rij) en medische stafleden (onderste rij) over een aantal aspecten van de taak van huisarts en specialist, in hele procenten.

	Eens	Oneens	Geen mening
1. Als de specialist de huisarts verzoekt om na 1 jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen	48 70	48 20	4 10
2. Huisartsen lichten specialisten voldoende in over hun patiënten die opgenomen worden	92 80	4 10	4 10
8. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen	63 23	25 77	12 -
9. Controle van chronische patiënten hoort als regel verricht te worden door de huisarts	96 70	- 15	4 15
13. De huisarts blijft medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis	71 18	17 77	12 5
14. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt	25 68	63 23	12 9
15. Een patiënt bij wie de specialist geen afwijkingen heeft gevonden, behoort direct terugverwezen te worden naar de huisarts	96 81	4 14	- 5

Vervolg tabel 4

	Eens	Oneens	Geen mening
19. Een voorlopig ontslagbericht voor de huisarts is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling	96 81	4 19	- -
20. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten behoort de inbreng van de huisarts even groot te zijn als die van de specialist	38 10	62 85	- 5
22. Als een patiënt om een verwijskaart of een verwijzing vraagt, behoort de huisarts in principe aan dat verzoek te voldoen	46 64	46 14	8 22
24. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts	79 64	13 36	8 -
26. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist	21 77	75 14	4 9
27. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de huisarts kleiner dan eigenlijk gewenst is	75 33	4 24	21 43
28. De specialist licht de huisarts meestal voldoende in over zijn ziekenhuispatiënten	57 86	39 -	4 14
30. De specialist zou vaker met de huisartsen moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt	79 38	17 38	4 24

Vervolg tabel 4

	Eens	Oneens	Geen mening
32. De huisarts kan nog heel wat diagnostisch werk van specialisten overnemen	30 14	39 86	31 -
34. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten	75 41	21 50	4 9
36. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak ten opzichte van zijn patiënten	54 82	46 14	- 4
38. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven	17 52	67 29	16 19
39. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt	79 14	13 76	8 10

De meningen van huisartsen en specialisten lopen sterk uiteen wanneer het uitspraken betreft over de behandeling van de patiënt in het ziekenhuis. De huisartsen zijn het er, in tegenstelling tot de specialisten, volledig of grotendeels mee eens dat ze meer invloed zouden moeten hebben op wat er met hun verwezen patiënten in het ziekenhuis gebeurt (79 % tegen 14 %, item 39), dat ze medeverantwoordelijk blijven voor de behandeling van hun patiënten in het ziekenhuis (71 % tegen 18 %, item 13) en dat ze in het ziekenhuis sommige patiënten moeten kunnen meebehandelen (63 % tegen 23 %, item 8).

De specialisten vinden verder dat zij juist de doorslag moeten geven als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname (52 % tegen 17 %, item 38) en dat huisartsen ervoor moeten oppassen dat ze niet teveel op het terrein van de specialist komen (68 % tegen 25 %, item 14). Een ruime meerderheid van de specialisten deelt de mening dat als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, de huisarts aan dat verzoek behoort te voldoen (70 % tegen 48 %, item 1). Over de berichtgeving en het overleg van specialisten naar huisartsen, en ook over het inlichten van de ziekenhuispatiënt door de specialist verschillen de meningen ook vaak aanzienlijk; 75 % van de huisartsen tegen 41 % van de specialisten is van mening dat specialisten tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg met huisartsen over hun patiënten behoren te plegen (item 34). Echter 56 % van de huisartsen vindt dat specialisten hen voldoende over ziekenhuispatiënten inlichten (item 28). Eens zoveel huisartsen (80 %) als specialisten (40 %) zijn het ermee eens dat de specialist vaker met de huisarts zou moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt. Volgens de specialisten behoort het inlichten van de ziekenhuispatiënt geheel tot hun taak, in tegenstelling tot de mening van de huisartsen (item 26; 77 % tegen 21 %). Met deze tabel wordt duidelijk hoever huisartsen en specialisten (nog?, weer?) van elkaar verwijderd zijn.

Toch zijn er ook wel 'lichtpuntjes'. Zo is opval-

lend dat de specialisten in meerderheid vinden dat zij zich in de eerste plaats als consulent voor de huisarts moeten opstellen (64 %, item 24). Hoewel geen vergelijkingsmateriaal beschikbaar is, lijkt dit percentage beslist aan de hoge kant. Ook het gegeven dat zoveel specialisten een voorlopig ont-slagbericht voor de huisarts noodzakelijk vinden, wijst op de wil tot samenwerking.

Conclusies

Het grootste en in feite enige probleem in de sa-menwerking tussen huisartsen en specialisten te Hoogeveen is te vinden in hun onderlinge taakafbakening: op vele terreinen claimen zowel huisarts als specialist de eerst verantwoordelijke te zijn, wiens beslissing uiteindelijk moet prevaleren. Financiële problemen heeft de samenwerking voor hen niet meegebracht, en de extra tijd die samenwerken kost is men over het algemeen gaarne bereid te in-vesteren.

In hoeverre de geconstateerde problematiek inzake de onderlinge taakafbakening uniek is, is niet met zekerheid te zeggen: voor zover ons bekend is er geen ander onderzoek verricht waarin samenwer-kende huisartsen en specialisten op dit punt zijn 'doorgelicht'. Wij veronderstellen echter dat de Hoogeveeners, die in samenwerkingsopzicht al lange tijd tot de koplopers behoren, nú geconfronteerd worden met een problematiek, waarmee iedere groe-pering huisartsen en specialisten, die intensief wil samenwerken, vroeger of later te maken zal krijgen.

In de huisartsgeneeskunde is al geruime tijd een

proces gaande, waarin de huisarts in toenemende mate opteert voor een centrale functie in de ge-zondheidszorg. Binnen de eerste lijn moet hij mis-schien wat 'inleveren' aan de andere disciplines (hoewel ook daar zijn centrale positie nog tame-lijk onaangetast is), maar ten opzichte van spe-cialist en ziekenhuis is een duidelijke tendens waarneembaar naar een versterking van de rol van de huisarts. Het gaat hier bepaald om méér dan een kopgroepje enthousiastelingen: versterking van de eerste lijn is een door de overgrote meerderheid van de huisartsen onderschreven doelstelling. De huisartsen staan daarbij in zoverre sterk dat zij zich in ruime mate gesteund weten door beleidsin-stanties. De experimenten met diagnostische centra en de voorstellen om te komen tot een nieuw stel-sel van advies- en behandelkaarten ter vervanging van de huidige verwijs- en herhalingskaarten zijn hiervan slechts enkele voorbeelden.

Aan de andere kant gebeurt er ook het nodige aan de kant van het ziekenhuis. Een grote hoeveelheid publikaties van de laatste jaren vraagt de aan-dacht van specialist en ziekenhuis voor de psycho-sociale aspecten van ziekte en gezondheid. Het beeld van de specialist als de sterk orgaangerich-te medisch-technische arts met weinig belangstel-ling voor de persoon van de patiënt, is in een toenemend aantal gevallen niet meer juist. Het lijkt niet al te gedurfd om te veronderstellen dat juist in een situatie waarin de voorwaarden voor intensief contact tussen specialisten en huisartsen gunstig zijn, zoals in Hoogeveen, waar

bijna alle patiënten naar het plaatselijke ziekenhuis worden verwezen en bijna alle opgenomen patiënten plaatselijke patiënten zijn, de specialist geneigd zal zijn zijn rol als 'technicus' minder en zijn rol als hulpverlener méér te benadrukken. Een paradoxaal aandoend gevolg is dat juist in een dergelijke gunstige aanvangssituatie huisarts en specialist sneller in conflict kunnen komen door competentieproblemen: de specialist die het tot zijn taak rekent om, zo nodig, de patiënt psychosociale begeleiding te geven, voelt zich door de huisarts voor de voeten gelopen, en de huisarts die zijn patiënt ook in de tweede lijn wil begeleiden, vindt daar de specialist op zijn weg. Deze problematiek is niet onoplosbaar. Uitgaande van respect voor het feit dat ieder zijn eigen 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. We denken daarbij aan het opstellen van 'protocollen', schema's voor de behandeling van veel voorkomende aandoeningen die zowel eerste- als tweedelijnsaspecten hebben. In het ziekenhuis Oudenrijn in Utrecht is met deze vorm van onderlinge taakafbakening enige ervaring opgedaan. Daarbij is gebleken dat het streven naar protocollen zeer verhelderend kan werken met betrekking tot de wederzijdse verwachtingen en, hoewel niet eenvoudig, zeker tot een bevredigende afstemming van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg kan leiden.