

Verwijzen binnen de eerste lijn door arts-assistenten in een gezondheidscentrum

DR. C. VAN WEEL*

De beroepsopleiding tot huisarts is een praktijkopleiding: de huisarts in spe leert in de praktijk, door de praktijk. De taak van huisartseninstituut en huisartsopleider bestaat in feite uit het bewaken van dit leerproces-met-vallen-en-opstaan. De vraag dient natuurlijk gesteld, hoe effectief deze opleiding eigenlijk is. In dit artikel wordt getracht deze vraag voor één aspect – de samenwerking binnen de eerste lijn – te beantwoorden.

Inleiding

Een van de aspecten van de huisarts-geneeskunde waarmee de arts-assistent vooral in de praktijk te maken krijgt, is de samenwerking met andere disciplines. Vanaf het moment dat de eerste arts-assistent in het gezondheidscentrum Ommoord kwam werken, hebben de verschillende eerstelijns disciplines ernaar gestreefd, een bijdrage te leveren aan de opleiding van de aa's (zie *Het samenwerkingscurriculum* op pagina 324). In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een onderzoek naar de mate waarin de samenwerking met de andere eerstelijns disciplines – fysiotherapie, maatschappelijk werk en wijkverpleging – in de dagelijkse praktijk aan de orde is geweest.

Het onderzoek heeft – grotendeels – betrekking op de vijf arts-assistenten, die tussen 1979 en 1981 hun opleiding hebben gevolgd in Ommoord en als zodanig hebben deelgenomen aan het monitoringproject.^{1, 2} Drie van hen hebben hun volledige opleidingsjaar geregistreerd, de andere twee alleen een deel daarvan (respectievelijk zeven en acht maanden).

De vraagstelling luidde als volgt:

- Hoeveel patiënten hebben de arts-assistenten verwezen naar fysiotherapie, maatschappelijk werk en wijkverpleging?
- Voor welke problemen hebben zij verwezen?
- Hoe vaak is een verwijzing door een arts-assistent op niets uitgelopen, hetzij

doordat de patiënt eigenlijk niet verwezen wilde worden, hetzij doordat de collega-hulpverlener met het probleem niets kon aanvangen.

- Hoe is het verloop van het aantal verwijzingen in de tijd?

Methode

Voor de benodigde gegevens kon geput worden uit de monitoring-registratie en uit de kaartsystemen van de fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. Hierover kan nog het volgende worden opgemerkt: In het monitoringproject werden uitsluitend handelingen (waaronder verwijzingen) van de huisarts geregistreerd, wanneer deze plaatsvonden tijdens een vis-à-vis contact met de patiënt. Voor de verwijzingen naar de fysiotherapeut betekent dit dat alle verwijzingen geregistreerd zijn, maar ten aanzien van de verwijzingen naar het maatschappelijk werk en de wijkverpleging is dit minder zeker: overleg en consultatie kunnen buiten aanwezigheid van de patiënt tot een verwijzing leiden; een dergelijke verwijzing werd niet geregistreerd in het monitoringproject.

Bij het maatschappelijk werk kon de eigen administratie informatie geven over dergelijke patiënten; hierdoor is het hoogst waarschijnlijk dat nagenoeg alle verwijzingen naar het maatschappelijk werk zijn achterhaald. Bovendien bevatte de administratie van het maatschappelijk werk gegevens over de twee arts-assistenten die vóór de aanvang van het monitoringproject hun opleiding in Ommoord hebben ontvangen. Ook de

ze gegevens zijn in het onderzoek betrokken.

Ten aanzien van de wijkverpleging was zo'n controle niet mogelijk en blijft er grond voor twijfel over het deel van de verwijzingen dat is achterhaald. Overigens heeft de herinnering van opleiders en wijkverpleegkundigen geen „gemiste” verwijzingen opgeleverd.

Resultaten

Wijkverpleging. Naar de wijkverpleegkundige zijn in totaal eenendertig patiënten verwezen, met 33 problemen; dat komt neer op ruim zeven verwijzingen per arts-assistent per jaar. In *tabel 1* is weergegeven, voor welke problemen verwijzing heeft plaatsgevonden.

Beoordeling achteraf door de wijkverpleegkundige was slechts mogelijk in tweederde van de gevallen, als gevolg van de frequente wisselingen in het team. De meerderheid van deze verwijzingen (84 procent) werd door de wijkverpleegkundigen positief beoordeeld. Op twee na waren de verwezen patiënten ouder dan 65 jaar; 70 procent bestond uit vrouwen.

Maatschappelijk werk. Naar het maatschappelijk werk zijn door de vijf arts-assistenten twaalf patiënten verwezen, dat is twee à drie per arts-assistent per jaar. De verwijsdiagnosen bij de twaalf verwijzingen zijn weergegeven in *tabel 2*. Veruit de meeste verwijzingen hebben betrekking op relatieproblemen en psychische reacties, een uitkomst die ook geldt voor de huisartsen zelf.

Kijken we naar de zeven arts-assistenten over wie in dit geval gegevens beschikbaar zijn, dan zien we in totaal eenentwintig verwijzingen. Met zeven van deze patiënten hebben de maatschappelijk werkers gesprekken gevoerd; deze verwijzingen werden door hen ook als juist beoordeeld. Tien patiënten hebben nooit een afspraak gemaakt, en vier lieten het bij één contact. De maatschappelijk werkers beoordeelden deze verwijzingen als mislukt. Overigens hebben nagenoeg alle verwijzingen zich voorgedaan in het tweede halfjaar.

Op twee na ging het bij de verwijzingen om vrouwen. De leeftijden lagen tussen de 21 en 64 jaar.

Fysiotherapie. De fysiotherapie speelt bij het verwijzen door de arts-assistenten veruit de belangrijkste rol: 199 verwijzingen bij 181 patiënten, dat is 40 per arts-assistent per jaar. In *tabel 3* zijn, naast de verwijsdiagnosen, ook de resul-

* Huisarts, afdeling gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG & GD.

Tabel 1. Verwijsdiagnosen bij verwijzing naar de wijkverpleging. Aantallen (N = 33).

Chronische ziekte	10
Ulcus cruris	8
Probleemgedrag	6
Acute ziekte	5
Obstipatie	2
Decubitus	2

Tabel 2. Verwijsdiagnosen bij verwijzing naar het maatschappelijk werk. Aantallen (N = 12).

Huwelijksproblemen	5
Depressie	2
Situatieve reactie	2
Surmenage	1
Neurose	1
Probleem na ziekenhuisopname	1

Tabel 3. Verwijsdiagnosen bij verwijzing naar fysiotherapie. Aantallen en percentages (N = 199) en percentages 1977.

	Aantallen	Percentages ^a	Percentages 1977
Lage rugpijn met/zonder uitstraling	35	90	45
Nekpijn	30		
Degeneratieve rugafwijkingen	21		
Houdingsafwijkingen	4		
Schouderproblemen (PHS)	17	9	5
Tendinitis, epicondylitis	17	9	4
Perifere artrose	15	8	4
Gewrichtsklachten	15	8	—
Distorsies	15	8	4
CARA	6	3	3
Diversen	24	12	20

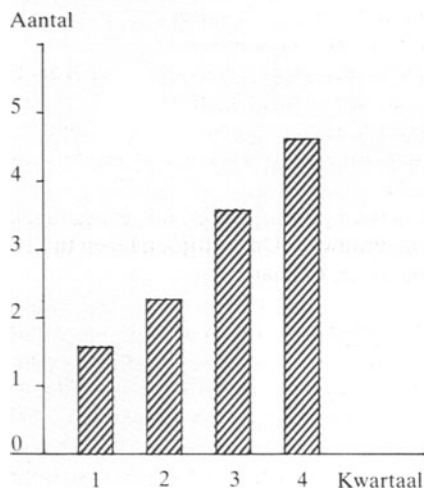
^a Totaal bedraagt meer dan 100 ten gevolge van afrondingen.

Tabel 4. Leeftijdverdeling van de naar fysiotherapie verwezen patiënten. Percentages (totaal, vrouwen en vrouwen 1977).

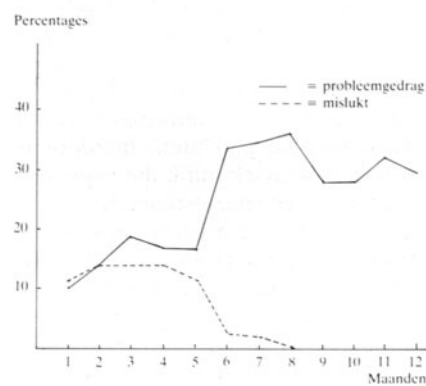
Leeftijden in jaren ^a	Totaal	Vrouwen	Vrouwen in 1977
0-17	8	5	7
18-29	10	9	10
30-39	14	13	17
40-59	34	32	36
60+	34	41	30

^a De leeftijdsverdeling is gekozen om vergelijking met de cijfers uit 1977 mogelijk te maken.

Figuur 1. Het gemiddeld aantal fysiotherapieverwijzingen per kwartaal.



Figuur 2. Aandeel probleemgedrag en „mislukte” verwijzingen in verwijzing fysiotherapie. Voortschrijdende gemiddelden.



taten weergegeven van een eerder onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten in Ommoord. We zien dat de arts-assistenten en de huisartsen globaal gesproken voor soortgelijke problemen verwijzen. Verschillen zijn er ook qua leeftijd (tabel 4).

Van tweeëntwintig patiënten zijn geen voldoende betrouwbare gegevens bekend en zeven patiënten hebben zich niet laten verwijzen. De overige 152 patiënten werden allen in behandeling genomen: 1-42 behandelingen, met een gemiddelde van 13,9. Dit gemiddelde komt goed overeen met het gemiddelde van 1977.

In 34 procent van de gevallen vond verwijzing mede plaats in verband met het bestaan van probleemgedrag (35 procent in 1977). Door de fysiotherapeuten werd evenwel in 46 procent van de gevallen probleemgedrag onderkend.

De fysiotherapeut beoordeelt 6 procent van de verwijzingen als onjuist of minder gelukkig, hetzij omdat het betreffende probleem geen basis vormde voor succesvolle fysiotherapie (4 procent), hetzij omdat de patiënt zich aan behandeling onttrok (2,6 procent). Samen met de zeven patiënten die zich niet wensten te laten verwijzen, is dit 10,4 procent.

Dankzij het grote aantal verwijzingen is het mogelijk de ontwikkeling in de tijd na te gaan. Zoals te verwachten viel, gaan de arts-assistenten in de loop van het jaar steeds frequenter verwijzen (figuur 1). Het aandeel van de probleemgedrag-verwijzingen neemt duidelijk toe in de loop van het jaar (figuur 2). De piek valt min of meer samen met de stage van de arts-assistent bij de fysiotherapeut. Als mislukt beoordeelde verwijzingen blijken zich nagenoeg uitsluitend in het eerste halfjaar te hebben voorgedaan.

Beschouwing

De beroepsopleiding tot huisarts speelt zich af in de dagelijkse werkelijkheid van de huisartspraktijk: de arts-assistent – met zijn kennis, attitudes en vaardigheden (en zijn tekorten in deze) – bevindt zich in een praktijksituatie waarin zich een gevarieerd en slechts ten dele voorspelbaar aanbod van problemen voordoet. De arts-assistent zal ernaar streven, het praktijkjaar zoveel mogelijk af te stemmen op zijn specifieke leerbehoeften. Voor de opleider is het zaak, zoveel mogelijk in te spelen op de problemen die zich voordoen, waardoor het opleiden gekenmerkt wordt

Het samenwerkingscurriculum

De arts-assistent werkt gedurende het opleidingsjaar onder supervisie van een van de drie huisartsopleiders uit het gezondheidscentrum: hij ziet de patiënten uit diens praktijk en hij is samen met de huisartsopleider verantwoordelijk voor zijn opleiding. Daaronder valt ook het leren samenwerken in het team; de arts-assistent neemt op de gebruikelijke wijze deel aan samenwerking en overleg (koffie-overleg³, teamvergaderingen, huisartsenvergaderingen, etc.).

Ook het Kernteam meent een taak te hebben bij de opleiding: toekomstige huisartsen die ervoor kiezen hun opleiding in een gezondheidscentrum te volgen, dienen ook het volle profijt van die opleidingssituatie te kunnen hebben. Als aanvulling op de normale praktijkervaring is het *samenwerkingscurriculum* ontstaan (figuur 1):

- In de eerste weken van het opleidingsjaar loopt de arts-assistent een halve of hele dag mee met elke discipline (doktersassistenten, laboratorium, fysiotherapie, wijkverpleging, maatschappelijk werk, coördinator, apotheker). Deze eerste kennismaking wordt besteed aan het verkrijgen van informatie over de inhoud en de werkwijze van de diverse disciplines (welke rol heeft de betreffende discipline in de eerste lijn?) en over de wijze van samenwerking (op welke wijze worden patiënten in zorg genomen, welke informatie van de huisarts is daarbij relevant, hoe loopt het met de verdere rapportage?).
- Ongeveer halverwege het opleidingsjaar loopt de arts-assistent een periode mee met de wijkverpleging (gedurende circa 14 dagen, halve dagen) en met de fysiotherapie (gedurende 6-8 weken één middag in de week). De wijkverpleging betreft de curatieve en sociale zorg voor de patiënten uit de opleidingspraktijk, bij de fysiotherapie gaat het zoveel mogelijk om de behandeling van de door de arts-assistent zelf eerder verwezen patiënten. Doel van deze periode is om de arts-assistent meer gedetailleerd te laten zien, hoe de hulpverlening verloopt bij door hemzelf verwezen pa-

tiënten, welke mogelijkheden de betreffende discipline bij het probleem waarvoor verwezen is, te bieden heeft; en in hoeverre en hoelang deze hulp noodzakelijk is.

In het geval van de wijkverpleging is het voor dit meelopen moeilijk te spreken over „door de arts-assistent verwezen patiënten“. De werkwijze binnen het team (wijkverpleegkundige en het koppel huisartsopleider/arts-assistent bespreken wettelijk de gemeenschappelijke patiënten) en de aard van de problematiek bij de patiënten die bij de wijkverpleging in zorg zijn (doorgaans chronische aandoeningen die dikwijls veel aandacht vragen, ook van de huisarts) maken, dat de arts-assistent doorgaans een goed inzicht heeft in de huisartsgeneeskundig relevante zaken betreffende de patiënten die hij samen met de wijkverpleegkundige bezoekt.

Aanvankelijk was het een tweede doel van deze fase, de arts-assistent te laten functioneren als fysiotherapeut en wijkverpleegkundige. Dit bleek echter na enkele ervaringen te ambitieus en te weinig relevant en is als doelstelling dan ook geschrapt.

Met het maatschappelijk werk is het niet mogelijk mee te lopen, daar de maatschappelijk werkers aanwezigheid van derden bij hun gesprekken een te grote inbreuk vinden op de vertrouwelijkheid. In plaats daarvan geven de maatschappelijk werkers de arts-assistent gelegenheid tot consultatie of bespreken zij bandjes van gesprekken die de arts-assistent op het spreekuur met patiënten heeft gevoerd. De selectie van aldus besproken patiënten wordt gemaakt door de arts-assistent. Frequentie en intensiteit van de besprekingen is naar behoefte.

Een stage bij de verloskundige, inclusief het doen van bevallingen, is gestopt toen de verloskundige het team van het gezondheidscentrum verliet.

- Tenslotte vindt er iedere veertien dagen een casuïstiekbespreking plaats. Deze gesprekken zijn een aantal jaren geleden weer in het leven geroepen om nieuwkomers in het team, onder wie de arts-assistenten, meer inzicht te geven in het multidisciplinair samenwerken.

door een zekere mate van opportunistische; het verloopt heuristisch. Daarnaast is er een zekere behoefte, het aanbod van bepaalde problemen te sturen. Het invoeren van een op samenwerking gericht curriculum kan men beschouwen als een poging om daarin te voorzien. Overigens dient men te bedenken dat ook in de dagelijkse opleidingssituatie samenwerking in de eerste lijn regelmatig aan de orde komt.

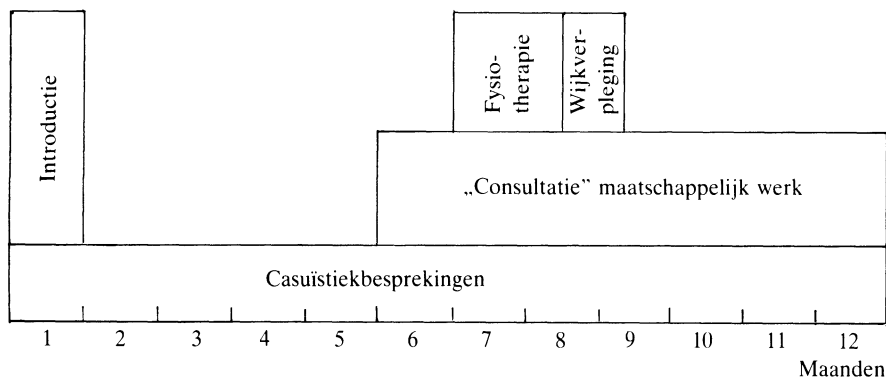
In een eerder onderzoek kwam Lamberts tot de conclusie dat de arts-assistenten in Ommoord over het algemeen het patroon volgden van de gevestigde huisartsen, maar daarbij relatief weinig gebruik maakten van de voorzieningen van de eerste lijn.⁴ Op grond van dit onderzoek is het mogelijk deze conclusie te nuanceren: de samenwerking met het maatschappelijk werk mag in kwantitatief opzicht gering zijn geweest, daar staat tegenover dat de samenwerking met de fysiotherapeuten zich in de loop van het opleidingsjaar sterk heeft ontwikkeld.

Multidisciplinaire samenwerking krijgt vooral gestalte door verwijzingen; het aantal verwijzingen door de arts-assistenten vormt dan ook een indicatie voor het aantal „leermomenten“. In dat opzicht blijkt in Ommoord vooral de fysiotherapie van belang, met een gemiddelde van veertig verwijzingen per jaar, per arts-assistent. Voor de wijkverpleging en het maatschappelijk werk bedragen deze aantallen respectievelijk 7 en 2. Aan een verwijzing zijn twee aspecten te onderscheiden: de verwijsdiagnose en het succes van de verwijzing. Bij de verwijsdiagnose gaat het in de eerste plaats om kennis: weet de arts-assistent voor welke problemen hij bij de drie besproken disciplines terecht kan? Of een verwijzing dan ook nog succes heeft, is tot op zekere hoogte onafhankelijk van de verwijsdiagnose: naast kennis is ook vaardigheid van betekenis.

In alle gevallen sloten de verwijsdiagnosen van de arts-assistenten goed aan op de mogelijkheden van de onderscheiden disciplines; de verwijsdiagnosen voor fysiotherapie en maatschappelijk werk bleken bovendien nauw overeen te stemmen met de verwijsdiagnosen van de gevestigde huisartsen.^{5,6}

Gebrek aan vaardigheid speelde vooral een rol in de samenwerking met het maatschappelijk werk: hoewel de problematiek waarvoor verwezen werd, wel degelijk in het straatje van de maatschappelijk werker paste, leidde een aanzienlijk deel van de verwijzingen tot

Figuur 3. Schema samenwerkingscurriculum.



niets. Daarbij dient men wel te bedenken dat aanduidingen als „succesvol” of „tot niets leidend” moeten worden opgevat vanuit een oogpunt van patiëntenzorg; voor de arts-assistent is het leereffect van een mislukte verwijzing even groot als van een geslaagde verwijzing, misschien zelfs wel groter.

Een ontwikkeling in de tijd is – gegeven het aantal verwijzingen – alleen bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut te onderscheiden. De mislukte verwijzingen hebben zich vrijwel uitsluitend in het eerste halfjaar voorgedaan, terwijl het aandeel van probleemgedrag in de verwijsdiagnosen in de loop van het jaar is toegenomen.

De rol van het samenwerkingscurriculum in dezen (post of propter) is niet vast te stellen; de piek in het aantal verwijzingen wegens probleemgedrag tijdens de fysiotherapie-stage en het verdwijnen van de mislukte verwijzingen vormen echter een indicatie en betekenen in ieder geval dat de verwijsvaardigheid en de vaardigheid om daarbij ook psychosociale problemen te hanteren, zijn toegenomen.

Opvallend in dit verband is de verhouding tussen het percentage verwezen patiënten bij wie door de arts-assistent probleemgedrag was onderkend, en het percentage patiënten bij wie pas door de fysiotherapeut probleemgedrag werd vastgesteld (respectievelijk 34 en 12 procent van alle verwijzingen): in ongeveer 20 procent van de gevallen waarin de arts-assistent geen psychosociale problemen had onderkend, was er volgens de fysiotherapeut wel degelijk sprake van probleemgedrag. Een eerder onderzoek onder de gevestigde huisartsen bracht een veel hoger percentage aan het licht, namelijk ongeveer 50 procent. Per saldo onderkenden de arts-assistenten dus een groter deel van de psychosociale problemen dan de gevestigde huisartsen.

Wat de samenwerking met de wijkverpleegkundige betreft, is er geen direct vergelijkbaar onderzoek beschikbaar. De meeste verwijzingen lijken betrekkelijk probleemloos verlopen te zijn. De indruk bestaat dat de mislukte verwijzingen zich vooral in het eerste halfjaar hebben voorgedaan, maar meer dan een indruk is dat niet.

De verwijzingen naar het maatschappelijk werk gingen met veel problemen gepaard. Uit een eerder onderzoek in Ommoord is overigens gebleken dat een aanzienlijk deel van de patiënten die bij het maatschappelijk werk in behandeling waren, slecht gemotiveerd was en het contact om die reden afbrak (22

procent). Een kwart van deze slecht gemotiveerde patiënten bracht het zelfs niet verder dan één of twee gesprekken.⁶

Men dient zich te realiseren dat het maatschappelijk werk het leeuwedeel van de verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg krijgt toebedeeld. Het geringe aantal verwijzingen tijdens het opleidingsjaar en daarmee het geringe aantal leermomenten zijn niet in overeenstemming met dit gegeven. Anderzijds hebben de arts-assistenten in dezen wél het patroon gevolgd van de gevestigde huisartsen.⁵

De conclusie kan slechts zijn dat hier een zwakke plek van het opleidingsjaar naar voren komt. Men kan zich daarbij afvragen, in hoeverre het niet kunnen bijwonen van de dagelijkse werkzaamheden van de maatschappelijk werker een rol speelt. Het lijkt in ieder geval wenselijk, deze mogelijkheid alsnog te scheppen, temeer daar het psychosociaal handelen vaardigheden vereist die op zichzelf al moeilijk te verwerven zijn.

Samenvatting. In dit artikel wordt onderzocht, hoe frequent en met welk resultaat vijf arts-assistenten tijdens hun opleiding in een gezondheidscentrum hebben verwezen naar de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werker en de fysiotherapeut.

Op jaarbasis blijken de arts-assistenten gemiddeld zes à zeven patiënten te hebben verwezen naar de wijkverpleging, twee à drie naar het maatschappelijk werk, en veertig naar de fysiotherapeut. De diagnoses waarvoor werd verwezen, stemmen over het algemeen goed overeen met de verwijsdiagnosen van de meer ervaren huisartsen. De mate waarin de verwijzingen met succes bekroond zijn, lopen uiteen: 90 procent bij fysiotherapie, 84 procent bij de wijkverpleging en slechts 33 procent bij het maatschappelijk werk.

De ontwikkeling in de tijd van het aantal verwijzingen kon alleen zinvol worden onderzocht bij de verwijzingen voor fysiotherapie. Zoals te verwachten was, gingen de arts-assistenten in de loop van het opleidingsjaar steeds meer verwijzen, terwijl de niet geslaagde verwijzingen zich vooral in de eerste maanden voordeden. Het aandeel van het probleemgedrag in de verwijsdiagnosen neemt aanvankelijk toe en stabiliseert zich dan rond 30 procent. Dit percentage ligt hoger dan bij de gevestigde huisartsen van het gezondheidscentrum.

Geconcludeerd wordt dat zowel op kennisniveau (verwijsdiagnose) als op vaar-

digheidsniveau de arts-assistenten zich in het opleidingsjaar (gaan) gedragen als meer ervaren huisartsen. Dit geldt ook voor het omgaan met probleemgedrag in relatie tot de rol van de fysiotherapeut. Duidelijk blijkt echter dat het verwijzen van patiënten met probleemgedrag naar het maatschappelijk werk manco's vertoont. De betrekkelijk lage frequentie waarmee deze verwijzingen zich hebben voorgedaan, hangt hier waarschijnlijk mee samen, evenals de afstandelijke presentatie van het maatschappelijk werk tijdens de introductieperiode.

Summary. Primary health care referrals by trainee assistants in a health centre.

This paper discusses the frequency with which five trainee assistants in a health centre referred patients to the district nurse, the social worker and physiotherapist, and the results of these referrals.

The trainee assistants prove to refer annually six to seven patients to the district nurse, two to three to the social worker and forty to the physiotherapist. Their referral diagnoses generally correspond well with the referral diagnoses of the more experienced physicians. The degree of success of the referrals varies: ninety per cent for the physiotherapist, 84 per cent for the district nurse and only 33 per cent for the social worker.

The evolution in time of the number of referrals can be effectively studied only for referrals to the physiotherapist. As expected, the trainee assistants made more and more referrals in the course of the training year, and the unsuccessful referrals were mostly made during the first three months. The contribution of problem behaviour to the referral diagnoses initially increased and then stabilized at about 30 per cent (this exceeds the percentage for the established general practitioners of the health centre).

It is concluded that in the course of the training year the trainee assistants (start to) behave like more experienced general practitioners, both in terms of knowledge (referral diagnoses) and in terms of proficiency. This also applies to the management of problem behaviour in relation to the role of the physiotherapist. Evidently, however, referral of patients with problem behaviour to the social worker shows shortcomings. This is probably related to the relatively low frequency of these referrals and to the aloof presentation of social work during the period of introduction.

Literatuur op p. 337.