

Eerstelijns samenwerking en thuiszorg

SJOERD TROMP

Door middel van literatuurstudie is nagegaan in hoeverre samenwerking binnen de eerste lijn van invloed is op de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Daarnaast is gekeken naar de invloed van de eerstelijnsamenwerking op de thuiszorg. Een conclusie is dat er nauwelijks onderzoek is verricht dat kwaliteitsverbetering door eerstelijnsamenwerking aantoonde. Het onderzoek dat is gedaan, is vooral gericht op legitimering van de samenwerking. Verder blijkt weinig onderzoek verricht te zijn naar de invloed van de eerstelijnsamenwerking op de thuiszorg.

Inleiding

Samenwerking binnen de eerste lijn heeft de laatste vijftien jaar sterk in de belangstelling gestaan. Meer dan 50 procent van de Nederlandse huisartsen maakt op dit moment deel uit van een samenwerkingsverband. Voorbeelden hiervan zijn: duo- en groepspraktijken, hometeams en gezondheidscentra. Wat is nu de bijdrage van deze samenwerkingsverbanden aan de verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde?

De thuiszorg wordt de laatste jaren in toenemende mate beschreven als typisch aandachtsgebied voor de eerstelijns gezondheidszorg. Diverse vormen van samenwerking zijn daarbij meestal van belang. Het lijkt daarom een goede invalshoek om de resultaten van de samenwerking binnen de eerste lijn te beoordelen aan de hand van de samenwerking op het gebied van de thuiszorg. Dat leidt tot de volgende vraagstelling:

- Wat is de invloed van de samenwerking binnen de eerste lijn op de verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening in het algemeen?
- Wat is de invloed van de samenwerking binnen de eerste lijn op de ontwikkeling van de thuiszorg?

Voor deze literatuurstudie heb ik de volgende tijdschriften geraadpleegd: *Huisarts en Wetenschap* vanaf 1972, het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Medisch Contact*, het Vlaamse

Huisarts Nu, *Maatschappelijke Gezondheidszorg* en de *Eerste Lijn* vanaf 1982. Verder heb ik gebruik gemaakt van literatuurlijsten van het Nederlands instituut voor de eerste lijn (NIVEL), en van *computersearches* van het Royal College of General Practitioners.

Kwaliteit

Bij de beantwoording van de vraagstelling stuiten we direct op het begrip kwaliteit. Kwaliteit van zorg is een complex en moeilijk te definiëren begrip, dat sterk afhankelijk is van de positie die men in de gezondheidszorg inneemt (hulpverlener, patiënt, financier) en van de prioriteiten die men stelt (politiek). Kwaliteitsevaluatie in de gezondheidszorg is in Nederland nog maar nauwelijks in ontwikkeling.

Voor dit overzicht is gezocht naar literatuur over de volgende aspecten:

- kwaliteitsevaluaties ten aanzien van het medisch handelen (het proces van de hulpverlening) in relatie tot samenwerking;
- kwaliteitsevaluaties ten aanzien van het resultaat van de hulpverlening; hieronder vallen bijvoorbeeld gezondheidswinst, tevredenheid van de patiënt en in zekere mate productievegevens (verwijscijfers).

In de Nijmeegse onderzoeken naar toetsing en werkwijzen van huisartsen wordt nauwelijks aandacht besteed aan de invloed van samenwerking op de kwaliteit van het medisch handelen.^{1,2} Ook in het Monitoringproject – dat toch voor het merendeel is uitgevoerd in gezondheidscentra – is hieraan vrijwel geen aandacht besteed.^{3,4}

Met betrekking tot het resultaat van de hulpverlening hebben we meer publicaties gevonden.

Wijkkel onderzocht het verband tussen samenwerking in de eerste lijn en verwijscijfers. Hij deed dit door de verwijscijfers van gezondheidscentra, groepspraktijken en solohuisartsen te 'schoonen' van de invloed van bekende beïnvloedende factoren zoals urbanisatiegraad, aanbod tweedelijns voor-

zieningen, praktijkgrootte en samenstelling, en de leeftijd van de huisarts. Hij maakte hierbij gebruik van de LISZ-gegevens en paste hier een aantal onderzoekstechnieken op toe zoals regressie- en variantieanalyse.⁵

Een conclusie van *Wijkkel* was dat huisartsen in gezondheidscentra onder vergelijkbare omstandigheden minder verwijzen dan huisartsen in solopraktijken. Dit zou ook gelden, zij het in iets mindere mate, voor huisartsen in groepspraktijken en associaties. Een oorzakelijk verband tussen de mate van samenwerking en de hoogte van het verwijscijfer kon *Wijkkel* niet aantonen. Wel waren er aanwijzingen dat het intercollegiaal overleg dat bij huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken plaatsvindt, een gunstige invloed heeft op het verwijscijfer. Mogelijk speelt 'onzekerheidsreductie' een rol, die ontbreekt bij de solo-huisarts, die bij twijfel is aangewezen op overleg met de specialist.⁵

Crebolder constateerde in zijn onderzoek met betrekking tot de overgang van twee solopraktijken tot een gezondheidscentrum dat de verwijscijfers daalden gedurende de eerste drie jaar van het bestaan van het gezondheidscentrum.⁶

De Melker constateerde in zijn nog steeds actuele onderzoek naar de begeleiding van ziekenhuispatiënten dat lage verwijscijfers mogelijk zijn bij een intensieve begeleiding door de huisarts en overleg met specialist en wijkverpleegkundige.⁷

Crebolder concludeerde uit de antwoorden die in de loop van vier jaar op enquêtevragen werden gegeven, dat de patiënten tevreden waren over de overgang van solopraktijk naar gezondheidscentrum.⁶

Ook *Bouma en Tijmstra* hebben onderzoek gedaan naar de overgang van solopraktijken naar een groepspraktijk. De patiënten werden vóór de vorming van de groepspraktijk en een jaar later geënquêteerd. De conclusie was dat de patiënten, naast enkele nadelen, vele voordelen ervoeren.⁸

Heyendaal e.a. kwamen tot een soortgelijke conclusie.

Bij al deze onderzoeken is geen vergelijking mogelijk met een controlegroep.⁹

Over gezondheidswinst in relatie tot eerstelijnsamenwerking hebben we geen publicaties gevonden.

De vraag of samenwerking binnen de

eerste lijn een bijdrage levert aan kwaliteitsverbetering van de zorg, is op grond van deze literatuurstudie niet te beantwoorden. Wellicht leidt samenwerking tot lagere verwijscijfers, maar lagere verwijscijfers is nog niet hetzelfde als kwaliteitsverbetering. Wél zijn er aanwijzingen dat patiënten samenwerkingsaspecten positief beoordelen.

Thuiszorg

Eén aspect van de invloed van samenwerking binnen de eerste lijn op de ontwikkeling van de thuiszorg betreft de zorg voor ziekenhuispatiënten.

De Melker registreerde gedurende een jaar in de eigen duopraktijk allerlei gegevens die van belang zijn voor de begeleiding van ziekenhuispatiënten. Hij pleitte ervoor een huisarts als coördinator in het ziekenhuis aan te stellen met onder meer als taak het onderhouden en stimuleren van contacten tussen huisartsen en specialisten. Voor een goede thuiszorg achtte hij een goede registratie en een snelle berichtgeving van belang.⁷

Lamberts en Zuidervaart onderzochten de nazorg bij 134 ontslagen ziekenhuispatiënten. Zij concludeerden dat de wijkverpleegkundige hierbij een centrale rol zou moeten vervullen.¹⁰

Interessant zijn de conclusies over de coördinatie in de eerste lijn (de wijkverpleegkundige) en in de tweede lijn (een speciaal voor dat doel aangestelde huisarts in het ziekenhuis) in het licht van de huidige discussies over de organisatie van de thuiszorg.

Een ander aspect betreft de begeleiding van stervenden thuis.

Stam doet verslag van thuiszorg aan stervende kankerpatiënten, zoals die zich in gezondheidscentrum Heltersstraat (Amsterdam) heeft ontwikkeld. Aspecten die hierbij aan de orde komen, zijn onder meer: het begin van de begeleiding, de rol van de hulpverleners en de familie, de samenwerking tussen de hulpverleners, pijnbestrijding en het geven van informatie. *Stam* benadrukt verder het belang van een goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige voor het welslagen van de thuiszorg voor stervenden.¹¹

Crebolder deed een oriënterend onderzoek naar de betrokkenheid van de huisarts bij het overlijden van 100 patiënten. Enkele conclusies waren: 38 procent van de patiënten overleed thuis of in een verpleeg- of verzorgingshuis. Van de kankerpatiënten overleed 38 procent thuis. De begeleiding van de

huisarts vond voornamelijk thuis plaats. *Crebolder* veronderstelt dat bij een betere thuiszorg meer patiënten thuis zouden kunnen overlijden. Betere samenwerking tussen huisarts en specialist is hiervoor een voorwaarde.¹²

De Stichting Terminale Thuiszorg Amsterdam komt op grond van een project onder 114 patiënten die, naast de reguliere begeleiding, extra hulp kregen via de stichting, dat terminale thuiszorg met extra voorzieningen haalbaar is. Deze zorg zou in principe door de bestaande eerstelijns voorzieningen moeten worden gegeven. Daarvoor zijn wél een goede coördinatie en bereikbaarheid buiten kantooruren vereist.¹³

De Maeseneer schreef een rapport over 'thuishospitalisatie': de thuiszorg die gericht is op het vermijden, voorkomen of voorkomen van een ziekenhuisopname bij patiënten die tijdelijk intensieve professionele zorg behoeven, en die deze zorg dan thuis van eerstelijns hulpverleners ontvangen. Het onderzoek gaat over de ervaringen die in gezondheidscentrum Botermarkt (Gent) zijn opgedaan bij de thuishospitalisatie van tien patiënten. In de conclusies komen vooral de besparingen naar voren, naast de grote druk die op de mantelzorg wordt gelegd.¹⁴

Carlier en Dendas beschrijven een experiment met thuiszorg, waarbij een speciaal aangestelde maatschappelijk werker als coördinator fungeert voor vorming van 'gelegenheidsteams' van hulpverleners bij patiënten die een beroep doen op deze vorm van thuishulp. Er is in de zes jaar van het project ervaring opgedaan met de begeleiding van 200 patiënten. De schrijver is positief over deze vorm van organisatie van de thuisgezondheidszorg.¹⁵

Huygen beschrijft een preventief bejaardenonderzoek door de wijkverpleegkundige in de eigen praktijk. Mede op grond van de score aan sociale problemen (20 procent) en gevonden behandelbare afwijkingen (10 procent), concludeert de schrijver dat een dergelijk preventief bejaardenonderzoek in samenwerking met de wijkverpleegkundige zinvol is.¹⁶

Beschouwing

Het eerste dat opvalt bij deze literatuurstudie, is hoe weinig onderzoek er is verricht naar de bijdrage van de samenwerking binnen de eerste lijn aan de verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening. Legitimering van de samenwerking lijkt vaak een motief om onderzoek te doen. Kennelijk is de

maatschappelijke en politieke discussie over de nieuwe samenwerkingsvormen en de extra kosten die deze met zich meebrengen, een belangrijke drijfveer. Kostenbesparing in de gezondheidszorg, die onder andere wordt bereikt door lagere verwijscijfers, is dan ook in veel onderzoeken terug te vinden.

Ook wanneer we naar thuiszorg kijken, is de rol van samenwerkingsverbanden beperkt, althans wat betreft de neerslag in de literatuur. Wat er aan publikaties over thuiszorg is verschenen, betreft voornamelijk voornemens, plannen en beschrijvingen van experimentele projecten, waarbij met name kruisvereniging en gezinszorg zijn betrokken. Feitelijk onderzoek is nog nauwelijks verricht. In de oudere publikaties komen wel aspecten naar voren, zoals coördinatie binnen en tussen de verschillende echelons, die van belang zijn voor de huidige discussie over thuiszorg. Ik denk daarbij aan de verschillende opvattingen over welke discipline de coördinatie binnen de thuiszorg op zich zou moeten nemen.

Ondanks dit teleurstellende resultaat ben ik van mening dat samenwerking binnen de eerste lijn wel degelijk van belang is, met name wanneer we kijken naar de ontwikkeling van de thuiszorg, waar allerlei partijen positie aan het kiezen zijn, en waar op korte termijn structuren kunnen ontstaan. Juist daar is het belangrijk dat binnen de eerste lijn een functionele samenwerking bestaat tussen de betrokken disciplines. *Schadé* noemt dit het *thuissteam*.¹⁷ Het is niet wezenlijk of die samenwerking tot stand komt vanuit een gezondheidscentrum, een groepspraktijk of een solopraktijk. Belangrijk zijn functionele werkafspraken met een duidelijk coördinatiepunt. Tegelijk zullen we moeten zorgen dat er onderzoek wordt verricht naar de resultaten van de 'integrale thuiszorg'. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de inmiddels ontwikkelde instrumenten om de kwaliteit van de zorg te meten.

¹ Morkink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen van huisartsen. Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 72-7.

² Schellevis F, Grol R. Normen en onderling toetsing. *Huisarts Wet* 1987; 30: 212-5.

³ Lamberts H. *Morbidity in general practice*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

⁴ Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? *Huisarts Wet* 1981; 24: 371-7.

⁵ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen.

Vervolg op pag. 31