

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker

J.C. VAN DER Wouden
H.J. DOKTER

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

Hoe vaker er gecommuniceerd wordt tussen huisarts en specialist en hoe duidelijker de taakafbakening, des te positiever is hun beider oordeel over de samenwerking. De belangrijkste problemen in de samenwerking zijn volgens de artsen het gebrek aan afspraken over de samenwerking en het feit dat men elkaar onvoldoende kent. Slechts 20 procent van de huisartsen wordt uitgenodigd voor oncologiebesprekingen en daarvan gaat ongeveer de helft. Van deze helft wordt opnieuw slechts de helft betrokken bij het beleid.

Van der Wouden JC, Dokter HJ. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Huisarts Wet 1989; 32(2): 51-5.

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

Drs. J.C. van der Wouden, sociaal-wetenschappelijk onderzoeker; prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Correspondentie: J.C. van der Wouden.

Het onderzoek is gefinancierd door het Koningin Wilhelmina Fonds.

Van het onderzoek bestaan verschillende rapporten; deze zijn nog beperkt voorradig.

Inleiding

Uit eerder onderzoek is bekend dat er een aantal knelpunten bestaan in de relatie tussen huisarts en specialist, en dat veel verwacht wordt van een betere taakverdeling tussen beiden, gebaseerd op een gemeenschappelijke doelstelling en een verbeterde communicatie in de persoonlijke sfeer.¹ Het hoeft geen betoog dat een gebrekkige relatie tussen huisarts en specialist extra schrijnend is bij patiënten met kanker: een ernstige ziekte, die is omgeven met veel emoties.²

Sinds 1984 onderzoeken wij de samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. Onze interesse gaat daarbij in het bijzonder uit naar het belang van de taakafbakening en het communicatieproces. Door middel van dit onderzoek willen wij de factoren die de samenwerking nadelig beïnvloeden, gedetailleerd en systematisch op het spoor komen.

In dit artikel bespreken wij een deel van ons onderzoek, met als uitgangspunt de volgende vraagstelling:

- Welke relatie bestaat er tussen de frequentie waarmee wordt gecommuniceerd tussen huisarts en specialist over een kankerpatiënt, en het oordeel over de samenwerking?
- Welke relatie bestaat er tussen de duidelijkheid over beider taken en het oordeel over de samenwerking?
- Door welke knelpunten ziet men de samenwerking het meest belemmerd? Zijn er regionale verschillen in de oordelen over knelpunten? Welke mogelijkheden tot verbetering ziet men?
- In hoeverre worden huisartsen betrokken bij oncologiebesprekingen?

Methoden

Het onderzoek is in 1985-1986 uitgevoerd door middel van een enquête onder alle huisartsen en een groot aantal specialisten in Zuid-West Nederland (Groot-Rijnmond, Zeeland en westelijk Noord-Brabant), een gebied met ruim twee miljoen inwoners. Bij de specialisten hebben we ons beperkt tot de spreekuurhoudende specialismen die het meest bij kankerpatiënten betrokken zijn: interne geneeskunde, heel-

kunde, radiotherapie, longziekten en urologie.

De enquête bestond uit ruim 100 vragen. Na achtergrondvragen over de arts en zijn praktijk werd uitgebreid aandacht besteed aan de opvattingen over samenwerking met specialisten, zowel in het algemeen als met betrekking tot kankerpatiënten. Het meest concreet waren twaalf vragen over de laatste kankerpatiënt die de respondent vóór het invullen van de enquête had gezien. Het ging daarbij om enkele kenmerken van de patiënt en de zorgepisode, gevolgd door vragen naar de feitelijke interactie: hoe en wanneer wisselden huisarts en specialist informatie uit, wie informeerde de patiënt, en hoe tevreden was men over de samenwerking bij deze patiënt. Een deel van de vragen is overgenomen van andere onderzoekers op dit terrein.³

• Voor de beantwoording van de eerste vraag is gekeken naar het vóórkomen van informatie-uitwisseling bij de 'laatste patiënt' tijdens een zestal momenten:

- na het eerste consult;
- na de afronding van de diagnose en de vaststelling van de therapie;
- bij een beslissing tot opname;
- bij beëindiging van een poliklinische behandeling;
- indien nazorg was geïndiceerd;
- tussentijds contact bij langdurige specialistische controle.

De berekening van de *communicatiefrequentie* geschiedde door per patiënt het aantal bevestigende antwoorden te delen door de som van het aantal bevestigende en ontkennende antwoorden (dus exclusief 'niet van toepassing'). Iemand die de eerste vraag met 'ja' beantwoordde en de rest met 'n.v.t.', scoorde dus even hoog (1.00) als iemand die alle vragen met 'ja' beantwoordde.

Het oordeel over de samenwerking is gemeten aan de oordelen over de volgende aspecten van de samenwerking:

- snelheid van de berichtgeving;
- volledigheid van de berichtgeving;
- betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling;
- informeren van de patiënt;
- duidelijkheid over de taken van huisarts en specialist;
- samenwerking bij deze patiënt.

Na homogeniteitsanalyse (HOMALS) zijn deze scores samengevoegd tot één maat.

- Voor de beantwoording van de tweede vraag is een andere operationalisering van het oordeel over de samenwerking gekozen. Dit is gebeurd, omdat de eerste maat items over zowel de taakafbakening als over de samenwerking in het algemeen omvat.

- Op basis van het vooronderzoek is een lijst van zeventien mogelijke knelpunten opgesteld. In de enquête werd gevraagd aan te geven, welke drie men als de belangrijkste beschouwde.

- Eén van de vragen heeft tot onderwerp welke mogelijkheden men ziet om de samenwerking te verbeteren. Daartoe is voor negen alternatieven gevraagd aan te geven in welke mate ze naar de mening van de respondenten zouden bijdragen aan een verbetering van de samenwerking.

- Zowel huisartsen als specialisten verwachten veel van het bijwonen door de huisarts van de bespreking van oncologische patiënten in het ziekenhuis. Om ons een beeld te vormen van de algemene gang van zaken, zijn hier in de enquête enkele vragen aan gewijd.

Resultaten

Respons

De respons bedroeg voor de huisartsen 72 procent en voor de specialisten 61 procent. De non-respondenten onder de huisartsen waren gemiddeld iets ouder en woonden vaker in Rotterdam. Bij de specialisten vonden we geen belangrijke verschillen tussen respondenten en non-respondenten. De resultaten waarover we rapporteren, zijn gebaseerd op de gegevens van 677 huisartsen en 223 specialisten.

De laatste patiënt

Tabel 1 verschaft enige gegevens over de laatste kankerpatiënt die de respondenten hadden gezien voor zij onze vragenlijst invulden. Van de specialisten antwoordde 39 procent verder dat de patiënt niet door de huisarts was ingestuurd, maar via een andere specialist bij hem was gekomen.

Tabel 2 laat de lokalisatie van de tumor zien. Ter vergelijking zijn de gegevens van de regionale kankerregistratie toegevoegd.

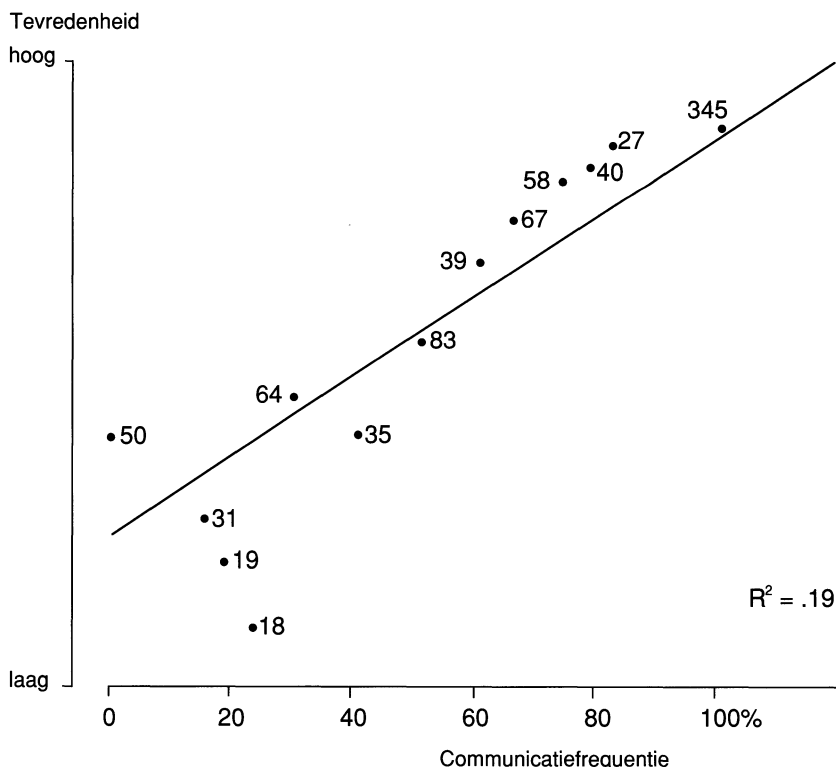
Tabel 1 Gegevens over de laatste patiënten.

	Huisartsen	Specialisten
Percentage > 50 jaar	78	68
Gemiddeld aantal maanden patiënt	17	13
Percentage nog onder behandeling	48	58
Percentage met meer dan één specialist	39	29

Tabel 2 Lokalisatie tumor. Percentages.

	Huisartsen n=677	Specialisten n=223	Totaal n=900	IKR ⁴ n=16774
Luchtwegen	25	16	22	24
Maag-darm	24	28	25	18
Urinenwegen, genitaliën	14	19	16	21
Mamma	19	17	18	19
Bloed, etc.	5	9	6	7
Huid en bot	4	2	3	4
Anders, onbekend	10	9	10	6

Figuur Relatie tussen het oordeel over de samenwerking en de communicatie-frequentie (benutting van de communicatiemogelijkheden).



Toelichting De punten geven het gemiddelde oordeel per waarde van de communicatiefrequentie. De getallen geven de groepsgrootte weer. De lijn is de lineaire regressielijn.

Tabel 3 'Vond op een of meer van de volgende momenten in de specialistische behandeling informatie-uitwisseling plaats tussen specialist en huisarts?' Percentage bevestigende antwoorden (voor zover van toepassing).

	Huisartsen	Specialisten
Na eerste consult	59	63
Na afronding diagnose en vaststelling therapie	83	85
Bij beslissing tot opname	52	59
Bij beëindiging van poliklinische behandeling	55	72
Indien nazorg was geïndiceerd	61	85
Tussentijds contact bij langdurige specialistische controle	72	87

Tabel 4 Relatie tussen oordelen over samenwerking en over duidelijkheid taken.

Duidelijkheid taken	Samenwerking				Totaal
	++	+	-	--	
++	72	13	3	0	88
+	61	378	35	0	474
-	2	80	141	19	242
--	0	5	10	24	39
Totaal	135	476	189	43	844

++ zeer tevreden; + tevreden; - ontevreden; -- zeer ontevreden.

Tabel 5 Als een van de top-drie genoemde factoren die van belang zijn in de samenwerking. Percentages.

	Huisartsen	Specialisten	Totaal
Te weinig afspraken over samenwerking	45	33	42
Kennen elkaar onvoldoende	33	37	34
Specialist is onvoldoende op de hoogte van mogelijkheden huisarts	35	13	30
Tijdgebrek	27	31	28
Te laat bericht uit ziekenhuis	32	9	26
Tekort overlegmogelijkheden	23	27	24
Kwaliteitsverschillen medici	11	27	15
Huisarts onvoldoende op de hoogte van mogelijkheden specialist	12	25	15
Huisarts te weinig deskundig	11	27	15
Onvoldoende oog voor psychosociale problemen	15	9	13
Wisselende assistenten ziekenhuis	15	4	13
Financieringsstructuur	13	7	11
Specialist is slecht bereikbaar	8	3	7
Huisarts is slecht bereikbaar	2	19	6
Anders (diversen)	7	7	8

Communicatiefrequentie en oordeel over samenwerking

Tabel 3 geeft een beeld van de informatie-uitwisseling. De relatie tussen de communicatiefrequentie en het oordeel over de samenwerking is weergegeven in de figuur. Er is een matig sterk verband; de correlatie bedraagt .43.

Taakafbakening en oordeel over samenwerking

Tabel 4 laat een zeer sterk verband zien tussen de taakafbakening en het oordeel over de samenwerking: 73 procent van de respondenten had over beide onderwerpen hetzelfde oordeel en bevond zich op de diagonaal van de tabel; linksonder en rechtsboven vinden we (vrijwel) lege cellen. Uit de randtotalen blijkt, dat er gemiddeld over de samenwerking als geheel wat positiever werd geoordeeld dan over de duidelijkheid van de taken.

Knelpunten in de samenwerking

Tabel 5 geeft een inzicht in de ervaren knelpunten. De belangrijkste belemmeringen voor een goede samenwerking zijn volgens de respondenten de volgende factoren:

- er zijn te weinig afspraken over samenwerking;
 - huisarts en specialist kennen elkaar niet voldoende;
 - de specialist is onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden van de huisarts.
- De verschillen tussen huisartsen en specialisten zijn gering. Voor de specialisten is tijdgebrek een belangrijker obstakel in de samenwerking dan het onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de huisarts.

Voor de meeste van deze items zijn er parallellen met de samenwerking bij de 'laatste patiënt'. Zo speelt het elkaar onvoldoende kennen een grotere rol voor de jongere huisarts en in regio's waarin de huisarts met veel ziekenhuizen te maken heeft. De specialist die onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden van de huisarts, zal die mogelijkheden vaak onderschatten; het gevolg is dat de huisarts niet in de behandeling betrokken wordt en zich op dit punt ontevreden toont.

Er zijn duidelijke verschillen in de oorde-

len over knelpunten binnen het onderzochte gebied. Factoren die hiermee samenhangen zijn: het aantal ziekenhuizen waar de huisarts regelmatig mee samenwerkt, en de reisafstand van de huisarts tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Zo ligt het percentage huisartsen dat van mening is, dat het elkaar onvoldoende kennen een belangrijke rol speelt, in de omgeving van Rotterdam op ongeveer 50 procent, terwijl het daarbuiten voor minder dan 30 procent van belang is.

Van drie items vindt ten minste 80 procent van beide groepen dat ze (zeker of waarschijnlijk) zullen bijdragen aan een verbetering van de samenwerking:

- huisartsen meer betrekken bij het beleid ten aanzien van kankerpatiënten (91 procent van de huisartsen en 82 procent van de specialisten);
- vanuit het ziekenhuis de huisarts uitnodigen voor oncologiebesprekingen (90 procent van de huisartsen en 82 procent van de specialisten);
- informele bijeenkomsten organiseren voor huisarts en specialist (80 procent van de huisartsen en 83 procent van de specialisten).

Als we ons beperken tot de factoren die 'zeker' tot een betere samenwerking zouden leiden, dan staan een snellere ontslagberichtgeving en het uitnodigen van de huisarts voor oncologiebesprekingen bovenaan; van beide groepen antwoordt 35 tot 50 procent in deze zin.

Oncologiebesprekingen

Van de huisartsen stelt de helft nooit te worden uitgenodigd voor oncologiebesprekingen en slechts 20 procent antwoordt meestal of altijd te worden uitgenodigd. Er zijn grote verschillen. De groep huisartsen die meestal of altijd uitgenodigd zegt te worden, bedraagt in Rotterdam slechts 5 procent, en in de gebieden rond Gouda, Breda en Vlaardingingen meer dan 70 procent.

Wanneer men wordt uitgenodigd, zegt 52 procent van de huisartsen daaraan gehoor te geven. Dit betekent niet dat men dan ook betrokken wordt bij het overleg over het beleid ten aanzien van de patiënt; dit geldt slechts voor 46 procent van de respondenten die zeggen gehoor te geven aan de uitnodiging.

Van de huisartsen die nooit worden uitgenodigd, stelt 90 procent dat men wel zou komen als men zou worden uitgenodigd. In tegenstelling tot hetgeen we verwachtten (afstand tot het ziekenhuis!) zien we geen verschillen binnen de regio.

Bij de specialisten zien we vergelijkbare antwoorden bij de eerste twee vragen. Anders ligt het bij de vraag of de huisarts wordt betrokken bij het overleg. De specialisten beantwoorden deze vraag aanzienlijk vaker (74 procent) bevestigend dan de huisartsen (46 procent). Mogelijk is hier sprake van een verschil in interpretatie van de term 'betrokken bij overleg' door huisartsen en specialisten.

Beschouwing

Vergeleken met andere onderzoeken bij artsen kunnen we de behaalde respons als bevredigend aanmerken.⁵ Wat de lokalisatie van de tumor betreft, zijn de verschillen tussen de enquêteresultaten en de IKR-gegevens gering, zodat aangenomen mag worden dat de *bias* bij de 'keuze' van de laatste patiënt in dit opzicht niet groot is geweest.

De beperkingen van vragenlijstonderzoek voor het achterhalen van een feitelijke gang van zaken zijn velerlei. Zo kan de respondent zaken vergeten of ze mooier voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn. Gegeven deze beperkingen heeft ons onderzoek op verschillende punten duidelijkheid verschaft.

Er is een sterke relatie tussen de (gerapporteerde) communicatie en taakafbakening enerzijds en het oordeel over de samenwerking anderzijds. Met uitzondering van tijdgebrek, een universeel menselijk probleem, zijn de gevonden knelpunten te rubriceren onder de twee thema's taakafbakening en communicatie. Deze laatste bevindingen zijn in overeenstemming met die van *Schaadé*.⁶

Bij taakafbakening kan men twee dimensies onderscheiden:

- De eerste betreft de inhoudelijke relatie tussen twee taakgebieden. Zijn er raakvlakken, is er overlap? Inzicht in elkaars mogelijkheden is een voorwaarde om de taken te kunnen afbakenen. Naar de me-

ning van de geënquêteerde huisartsen is er op dit gebied sprake van een manco aan specialistenzijde. Gegeven een zekere mate van overlap tussen taakgebieden, zijn afspraken nodig om onverkwikkelijkheden als polypragmasie en broodnijd te voorkomen.

- De tweede dimensie aan taakafbakening betreft dan de mate waarin partijen erin slagen consensus te bereiken over het grijze gebied.

Ook met betrekking tot communicatie kunnen we het beeld nader detailleren. Naarmate de huisarts met minder ziekenhuizen samenwerkt – dus vooral op het platteland en in de middelgrote en kleinere gemeenten – blijkt hij tevredener over de communicatie. Dit kan verklaard worden door het geringere aantal specialisten waarmee wordt gecommuniceerd. Ook kent de huisarts in de kleine stad en op het platteland de specialist persoonlijk. De taakopvatting van deze huisarts is breder dan die van zijn collegae in de grote stad. Meestal wil hij meer bij het beleid betrokken blijven.

In de studies van *De Melker*, *Dopheide* en *Tielens* worden eveneens verschillen gevonden voor kenmerken als urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis.⁷⁻⁹ De vraag dient zich aan, of jonge huisartsen de praktijk kiezen die past bij hun taakopvatting, of dat de taakopvatting van de huisarts zich aanpast aan de praktijk waar men zich vestigt.

Een betere relatie tussen huisarts en specialist gaat niet noodzakelijkerwijs samen met een betere zorg voor de kankerpatiënt. Het oordeel van de huisartsen over de samenwerking met de specialisten in Rotterdam was het negatiefst bij patiënten uit de grotere ziekenhuizen en het categoriale ziekenhuis. Juist in die ziekenhuizen is de medisch-technische zorg echter waarschijnlijk het best. Mogelijk bemoeilijkt de omvang van deze ziekenhuizen het contact met de buitenwereld.

Door veel specialisten wordt gesteld dat de kennis van de oncologie bij de huisarts onvoldoende is. Men zou hier via nascholing verbetering in willen brengen. Voor de deskundigheidsbevordering is daarvoor het IKA-PAOG-Amsterdam nascholingspakket beschikbaar.¹⁰ Inmiddels is ook voor de

meerjarige beroepsopleiding tot huisarts het onderwijs in de oncologie gesystematiseerd.¹¹ Nader onderzoek is nodig om na te gaan in hoeverre dit bijdraagt tot de gewenste verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist inzake de patiënt met kanker.

Literatuur

- ¹ Dokter HJ. De relatie huisarts-specialist. In: Trimbos K, red. Mensen met kanker. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
- ² Cuisinier MCJ, Dokter HJ, Van der Wouden JC. De huisarts-specialist-relatie bij kankerpatiënten. *Practitioner (NI)* 1986; 3: 609-17.
- ³ Beek M, Van Eijk J, Rutten G. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. *Med Contact* 1984; 39: 1247-51.
- ⁴ Anoniem. Jaarverslag 1984-1985. Rotterdam: IKR-Integraal Kankercentrum Rotterdam, 1986.
- ⁵ Van der Wouden JC, Hingstman L, Elzinga AJ. De medewerking van artsen aan postenquêtes. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1988; 36: 379-81.
- ⁶ Schadé E. Overleden patiënten [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.
- ⁷ De Melker RA. Ziekenhuis, huisarts, huisgezin. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1973.
- ⁸ Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ⁹ Tielens VCL. Consulten van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987.
- ¹⁰ Schadé E, Heybroek-de Clerq W, Postma R. Oncologie voor huisartsen. Een nascholingskans in Noord-Holland. *Med Contact* 1984; 39: 308-9.
- ¹¹ Schadé E. Deskundigheidsbevordering kanker voor huisartsen. *Tijdschrift Kanker* 1985; 9(6): 8-9. ■

Abstract

Van der Wouden JC, Dokter HJ. Collaboration between general practitioners and specialists in patients with cancer. *Huisarts Wet* 1989; 32(2): 51-5.

Is there a relationship between the frequency of contact between the general practitioner and the specialist concerning their cancer patients, and their opinion of their collaboration? Which ob-

stacles are seen as most obstructive to collaboration? An attempt was made to answer these questions by means of a questionnaire mailed to all general practitioners and specialists in the most important disciplines in the south-western Netherlands (900 replies, 70 per cent response).

The more frequent the communication between general practitioner and specialist and the more clear-cut their tasks, the more positive were their opinions of the collaboration. According to the doctors questioned, the most important problems are the lack of agreements concerning collaboration and the fact that general practitioners and specialists do not know each other well enough. Only 20 per cent of general practitioners are invited for oncology conferences in hospitals, half of whom attend. Of those attending, only half are involved in determining further management of the patient. A greater involvement of the general practitioner in such management and, specifically, in the oncology conferences, is expected to contribute most to improvement in collaboration.

Key words Contact general practitioner-specialist; Neoplasm.

Correspondence J.C. van der Wouden, Department of General Practice, Erasmus University Rotterdam, 264a Mathenesserlaan, 3021 HR Rotterdam, The Netherlands.