

Van echelonnering naar communicatie

Het begrip *echelonnering*, dat oorspronkelijk was gelanceerd voor het structureren van de geestelijke gezondheidszorg, is in 1974 overgenomen als ordeningsprincipe voor de gehele lappendeken van de gezondheidszorg.¹ Sinds kort wordt nu bepleit de strikte indeling in echelons te verlaten en een meer *functiegericht* ordening in te voeren, onder andere ten behoeve van de thuiszorg.² Voordat we het inmiddels ingeburgerde begrip echelonnering verlaten, is echter meer aandacht voor de *communicatie* tussen de echelons van belang.

Tussen huisartsen en specialisten vindt de meeste patiëntgebonden communicatie schriftelijk plaats, door middel van verwijsbrief en terugrapportage na poliklinische behandeling en opname. Het is in dit verband opvallend dat er op verpleegkundig gebied geen parallel van de verwijsbrief is, terwijl andersom de pendant van het verpleegkundig overdrachtsformulier – het ontslagbericht – geen algemeen ingang heeft gevonden. Dit overdrachtsformulier wordt gebruikt om informatie van de ziekenhuisverpleging door te geven aan de wijkverpleging.³

Er is een omvangrijke literatuur over verwijzen en de verwijsbrief, die grotendeels afkomstig is van onderzoek in de huisartspraktijk. De verwijsbrief is een middel; het gaat uiteindelijk om efficiënte en effectieve verwijzingen. In de literatuur wordt daarbij meer nadruk gelegd op het terugdringen van onnodige verwijzingen (grotere specificiteit) dan op het doen toenemen van noodzakelijke verwijzingen (grotere sensitiviteit).⁴

In dit nummer concluderen *Verhage-Spliet en Kersten* uit hun onderzoek naar verwijs- en specialistenbrieven dat de situatie sinds 1974 in gunstige zin is veranderd: de specialisten beantwoordden de vraag van de huisarts, zelfs als er geen expliciete vraag was.⁵ Overigens gaat het hier om geselecteerd materiaal, aangezien alleen die gevallen in het onderzoek zijn betrokken, waarin zowel de verwijsbrief als de specialistenbrief in het archief werden aangetroffen. Een zorgelijk punt is de bevinding dat gemiddeld zes weken verlieten voordat de specialistenbrief door de huisarts was ontvangen. Dat is veel te lang en daarmee is elke mogelijkheid tot medische continuïteit in de patiëntenzorg illusoir.

Literatuur van specialistische zijde over de berichtgeving aan de huisarts ontbreekt nagenoeg. In 1980 concludeerden *Meyboom en Casparie* dat de berichtgeving aan de huisarts sneller en beter kon. Snelle berichten bleken inhoudelijk de beste, gemeten aan criteria als het vermelden van de ontslagdiagnose, de therapie tijdens opname en bij ontslag, de voorlichting aan de patiënt en het geadviseerde verdere beleid.⁶ Sinds 1980 zijn – zo werd mij desgevraagd medegedeeld door het CBO – geen inspanningen meer verricht om enige vorm van consensus tussen specialisten over de berichtgeving aan de huisarts te realiseren. In de praktijk zou iedere patiënt aan de specialist om een leesbare, open meegegeven, voorlopige ontslagbrief kunnen vragen. De patiënt of zijn familie kan deze brief dan aan de huisarts geven en daarbij

kenbaar maken of een visite van de huisarts op prijs wordt gesteld.

Er zijn echter nog andere randvoorwaarden voor een goede communicatie tussen huisarts en specialist. Zo dienen de twee partijen op de hoogte te zijn van elkaars werkwijze. *Jacobs e.a.* concluderen uit de antwoorden van internisten en huisartsen op een vragenlijst dat de meeste internisten eenzelfde beeld rapporteren van het werk van de huisarts als de ondervraagde huisartsen zelf.⁷ De praktijkorganisatie en het aantal door de huisarts gedane verrichtingen vormen hierop een uitzondering: de internisten schatten in het algemeen de incidentie van veel voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk te laag en de incidentie van ernstige ziekten te hoog. Dit illustreert dat de epidemiologische kennis van incidentie en prevalentie aan de specialistische kant van het filter tussen eerste en tweede lijn te wensen overlaat, en daarmee de kennis van de selectie die door middel van deze filter plaatsvindt.

Voordat een nieuw begrippenkader ter ordening en bezuiniging in de gezondheidszorg wordt ingevoerd, verdient het aanbeveling stil te staan bij eenvoudige maatregelen waarmee de communicatie tussen eerste en tweede lijn daadwerkelijk kan worden verbeterd. Het ontwikkelen van standaarden voor verwijzing en ontslagbericht is een eerste stap, de voorlichting van patiënten, om wie het allemaal begonnen is, een tweede, terwijl intercollegiale toetsing – zowel *intra-* als *interspecialistisch* – een goede mogelijkheid is om werkspraken te evalueren. Het is daarbij de moeite waard om te trachten niet alleen de sensitiviteit en de specificiteit van de verwijzingen te verbeteren, maar evenzeer de sensitiviteit en de specificiteit van de terugverwijzingen, opdat patiënten niet pas naar huis gaan als zij medisch uitbehandeld zijn, maar reeds zodra een behandeling in het ziekenhuis niet meer noodzakelijk is.

B. Meyboom-de Jong

¹ Goudriaan G. Thuiszorg tussen de lijnen. Boskoop: Macula, 1988.

² Heydelberg E. Thuiszorg in functies. Boskoop: Macula, 1988.

³ Krijgsman AR. Georganiseerde nazorg in Nederland. Utrecht: Nivel, 1986.

⁴ Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 461-4.

⁵ Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 148-51.

⁶ Meyboom WA, Casparie AF. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. *Medisch Contact* 1980; 33: 989-94.

⁷ Jacobs HM, De Melker RA, Van der Hell RJ. Wat weten specialisten van het werk van huisartsen? Een onderzoek in een middelgrote gemeente. *Huisarts Wet* 1990; 33(4): 152-6. ■