

Een samenwerkingsprotocol voor huisartsen en kinderartsen

L.M.R. VAN DUNGEN
D. WIJKEL

Van Dungen LMR, Wijkkel D. Een samenwerkingsprotocol voor huisartsen en kinderartsen. Huisarts Wet 1994; 37(3): 94-9.

Samenvatting Door een werkgroep van huisartsen en kinderartsen uit Amsterdam en omgeving werd een samenwerkingsprotocol ontwikkeld. Gedurende anderhalf jaar hebben 15 huisartsen en 15 kinderartsen volgens de daarin vastgelegde afspraken gewerkt. In een prospectief beschrijvend onderzoek is nagegaan in hoeverre de afspraken werden nagevolgd. De verwijzing vond vrijwel altijd volgens de richtlijnen plaats, zij het dat in slechts 34 procent van de verwijfsbrieven een procedurevoorstel werd gedaan. Het 'voorlopig' bericht van de specialist bleef in 29 procent van de gevallen achterwege. In de praktijk werd dit echter nauwelijks als knelpunt ervaren. Het protocol bleek goed toepasbaar in de praktijk. Het aantal gevallen waarin huisartsen en specialisten de patiënt gezamenlijk behandelden (de meest vergaande vorm van samenwerking), was echter klein. Het (bijgestelde) protocol geeft goede aanknopingspunten voor huisarts-specialistgroepen die hun onderlinge samenwerking willen verbeteren.

Onderzoekscentrum 1e-2e lijn,
VU ziekenhuis, Postbus 7057,
1007 MB Amsterdam.
L.M.R. van Dungen, sociaal geograaf;
D. Wijkkel, medisch socioloog.
Correspondentie: D. Wijkkel.

Inleiding

Samenwerking tussen huisarts en specialist is doorgaans geen doel op zichzelf, maar een middel om tot een betere kwaliteit van de hulpverlening te komen. Kwaliteit betekent in dit verband een efficiënte en effectieve zorg, waarin afstemming tussen verschillende hulpverleners plaatsvindt en continuïteit van zorg wordt nagestreefd. De meest vergaande vorm van samenwerking bestaat uit een gezamenlijke behandeling: de verschillende hulpverleners dragen een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de medische zorg van een patiënt.¹ Om tot goede samenwerking te komen, is het nodig dat de partijen elkaar op adequate wijze informeren, zo nodig met elkaar overleggen en overeenstemming hebben over het te voeren beleid.²⁻⁴

In de praktijk is daarvan meestal nauwelijks sprake: het verstrekken van medische informatie in beide richtingen gebeurt onvoldoende en verloopt traag.^{5,6} De huisarts schrijft meestal een korte verwijfsbrief waarin, naast het medische probleem en de naam en geboortedatum van de patiënt, slechts weinig informatie wordt gegeven.⁷ Wat hij van de specialist verlangt, ligt meestal impliciet in het verwijzen besloten.

Verwijzen naar de tweede lijn komt meestal neer op overdracht van de behandeling van de patiënt. In het gunstigste geval wordt de vraagstelling van de huisarts als uitgangspunt genomen voor de aanpak op de polikliniek. Specialist sturen in veel gevallen pas een brief met bevindingen en conclusies als de behandeling is afgesloten. Een tussentijds bericht met de voorlopige bevindingen en een plan voor de behandeling wordt door sommige specialisten wel geschreven, maar zo'n procedure heeft (nog) geen algemene ingang gevonden. Ook het per 1 juli 1992 ingevoerde systeem van korte en lange verwijfskaarten zal hierin weinig veranderd hebben. Hetzelfde geldt voor tussentijdse berichten van de huisarts naar de specialist. Vooral bij patiënten die langdurige begeleiding van specialisten nodig hebben, is deze si-

tuatie onwenselijk. Pogingen om hierin verandering te brengen, worden echter vooral gekenmerkt door een moralistische opstelling ('wij vinden dat het zo zou moeten') en getuigen zelden van een strategische aanpak ('we streven de volgende resultaten na').

Om in deze situatie in het VU ziekenhuis en het Ziekenhuis Amstelveen verbetering te brengen, is in 1988 – als vervolg op een consultatieproject⁸ – een werkgroep in het leven geroepen waarin huisartsen en kinderartsen participeerden. Deze werkgroep kreeg tot taak een aantal afspraken te formuleren waaraan huisartsen en kinderartsen zich zouden moeten houden bij verwijzingen naar de afdelingen kindergeneeskunde van beide ziekenhuizen. Het achterliggende doel van deze afspraken, die in een protocol werden samengevat, was gezamenlijke behandeling (onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en met duidelijke afspraken over de afstemming van taken) mogelijk te maken.

Protocol

Het protocol bestaat uit twee complementaire delen: één voor huisartsen en één deel voor kinderartsen. Voor elke fase waarin de behandeling van de patiënt verkeert, zijn afspraken opgesteld. Elke keer als de patiënt op het spreekuur komt, dient de behandelend arts zich een aantal vragen te stellen. Als deze vragen niet eenduidig te beantwoorden zijn, moeten huisarts en kinderarts met elkaar overleggen. Dit gebeurt onder de conditie dat dit relevant is voor de behandeling.

In het protocol zijn onder meer afspraken opgenomen over de onderlinge berichtgeving (zowel schriftelijk als telefonisch) en over mondeling overleg. Daarnaast wordt beschreven hoe de communicatie moet verlopen wanneer de patiënt door specialist en huisarts samen wordt behandeld. In verband met de taakverdeling worden aan deze communicatie specifieke eisen gesteld. De basisregels en afspraken van het protocol zijn weergegeven op pagina 95.

Bij de opstelling van het protocol is geprobeerd de afspraken zoveel mogelijk

te laten aansluiten bij de bestaande procedures bij verwijzingen naar de specialist.⁷ Op ten minste drie punten beoogt het protocol de samenwerking te verbeteren door concrete afspraken vast te leggen:

- de huisarts dient altijd een procedurevoorstel te formuleren;

- huisarts en specialist dienen elkaar tijdens de poliklinische behandeling op de hoogte te houden van veranderingen in de situatie van de patiënt;
- het protocol geeft aanwijzingen met betrekking tot een eventuele gezamenlijke behandeling van een patiënt.

Met dit protocol werd van 1 januari 1991 t/m 31 juli 1992 ervaring opgedaan.

In dit artikel gaan wij in op de volgende vragen:

- In hoeverre hielden de deelnemers zich aan de protocol-afspraken?

Het samenwerkingsprotocol: basisregels en afspraken

Huisartsenprotocol

Specialistenprotocol

1 De verwijzing

- 1.1 Iedere verwijzing gaat gepaard met het schrijven van een verwijsbrief.
- 1.2 In de verwijsbrief behoort de huisarts, naast het vermelden van persoonlijke en medische gegevens van de patiënt, een probleemstelling, een duidelijke vraagstelling en een procedurevoorstel te formuleren, overeenkomstig de NHG-standaard.

- 1.1 Analyse van de verwijzingsvraag:
 - bevat de verwijsbrief alle benodigde gegevens?
 - wat verwacht de huisarts van de kinderarts?
 - is het duidelijk hoe de huisarts betrokken wil blijven bij de behandeling op de polikliniek?

2 Het (voorlopig) behandelplan en de onderlinge afstemming

Het vaststellen van een (gezamenlijk) behandelplan gebeurt door de kinderarts in overleg met de huisarts. De kinderarts zal n.a.v. het eerste polikliniekbezoek zijn bevindingen aan de huisarts doorgeven en een voorstel doen inzake de te volgen procedure bij de behandeling (het 'voorlopig' bericht).

- 2.1 Komt het probleem waarvoor de huisarts de patiënt verwees overeen met de (vermoedelijke) diagnose?
 - komt het beleid van de kinderarts overeen met het voorstel van de huisarts?
- 2.2 Komt het procedurevoorstel van de kinderarts overeen met het voorstel van de huisarts?
- 2.3 De huisarts zal door de kinderarts worden benaderd om afspraken te maken over de verdeling van taken.
- 2.3 Als een onderlinge taakverdeling in de behandeling relevant is, zal de kinderarts contact opnemen met de huisarts.

3 Communicatie tussen huisarts en kinderarts

Communicatie kan onderscheiden worden in overleg en informatieoverdracht. Overleg vindt telefonisch plaats en gebeurt alleen als dit relevant is voor de behandeling van de patiënt. Informatie kan per brief of per fax verstuurd worden.

- 3.1 De huisarts neemt contact op, of informeert de specialist wanneer de patiënt op het spreekuur komt met een verandering in de klachten waarvoor de patiënt verwezen is.
- 3.1 Kinderarts dient bij de huisarts informatie op te vragen, indien gegevens in de verwijsbrief onduidelijk of onvolledig zijn.
- 3.2 Evenzo bij een belangrijke wijziging in de medische, psychische en/of sociale omstandigheden van de patiënt.
- 3.2 Kinderarts dient met de huisarts te overleggen als:
 - de bevindingen van de kinderarts t.a.v. het beleid en de te volgen procedure, niet overeenkomen met de verwachtingen die de huisarts heeft bij de verwijzing.
 - gezamenlijke behandeling in principe mogelijk en wenselijk is.

4 Communicatie bij een wijziging in de afspraken bij een gezamenlijke behandeling

- 4.1 Bij wijziging van het (gezamenlijke) behandelplan, zover dit niet beschouwd mag worden als 'vanzelfsprekend', dient overlegd te worden met de kinderarts; in andere gevallen is informeren voldoende.
- 4.1 Bij ieder consult dient de kinderarts zich af te vragen of de afgesproken samenwerking moet worden bijgesteld. Indien dit het geval is, dient overleg met de huisarts plaats te vinden.

Deze tekst is een samenvatting; het volledige protocol is te verkrijgen bij het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn van het VU ziekenhuis.

- Welke procedure werd na de verwijzing ten aanzien van de behandeling gevolgd; hoe vaak werd tot gezamenlijke behandeling besloten?
- Welke knelpunten in de communicatie werden tijdens het protocollair samenwerken gesignaleerd?

Methode

Gedurende anderhalf jaar werd volgens het protocol gewerkt door 15 huisartsen uit Amsterdam, Amstelveen, Uithoorn en Aalsmeer, en 15 kinderartsen (in opleiding) in de poliklinieken kindergeneeskunde van het Ziekenhuis Amstelveen en van het VU ziekenhuis. Alle kinderen die door de deelnemende huisartsen naar een van beide poliklinieken werden verwezen, werden in het onderzoek betrokken. Om selectie van patiënten zoveel mogelijk uit te sluiten, vond de identificatie van patiënten zowel bij de huisarts als in de polikliniek plaats. Een waterdicht systeem voor insluiting van alle patiënten en volledige betrouwbaarheid van het onderzoek is bij veldonderzoek moeilijk te verwezenlijken; er zijn echter voorwaarden geschapen om de betrouwbaarheid te optimaliseren.

Ter verbetering van de onderlinge bereikbaarheid kregen alle deelnemende huisartsen en beide poliklinieken voor de duur van het onderzoek een fax tot hun beschikking. De betrokkenheid van de huisartsen bij het project en de registratietrouw werd bevorderd door een maandelijks nieuwsbrief. Ook werd vóór het project een informatiebijeenkomst belegd en werd een fotoboek met namen en telefoon- en faxnummers van de deelnemers verspreid.

De samenwerking werd in een prospectief beschrijvend onderzoek gemeten met behulp van registratieformulieren. Huisarts en behandelend kinderarts registreerden per patiënt gegevens over het verloop van de onderlinge berichtgeving en het overleg. Bij iedere verwezen patiënt werden van elk 'contact' tussen huisarts en specialist de volgende gegevens geregistreerd: reden van het contact, contactmedium (telefoon, brief, fax) en initiatiefnemer. Ter aanvulling van onvolledige regis-

traties werden achteraf de medische dossiers van alle verwezen patiënten zowel in de polikliniek als in de huisartspraktijk onderzocht.

De beoordeling is beperkt tot die gevallen waarin zowel een verwijsbrief als een specialistenbrief aanwezig was; dit bleken er precies 100 te zijn. Deze brieven – ontdaan van de namen van patiënt, huisarts en specialist – werden onafhankelijk van elkaar door drie beoordelaars (kinderarts, huisarts en onderzoeker) beoordeeld volgens een gestructureerde scorelijst.⁷ Aan de brieven werd uiteindelijk de 'meerderheidsscore' toegekend.

Vóór het protocollair werken en na afloop van de registratieperiode werd door de deelnemende huisartsen en kinderartsen een vragenlijst ingevuld. Over de ervaringen van de artsen is elders gepubliceerd.¹⁰

Resultaten

In totaal verwezen de deelnemende huisartsen 136 kinderen, 65 naar het VU ziekenhuis en 71 naar het Ziekenhuis Amstelveen. Het aantal patiënten per huisarts varieerde van 3 tot 28. De instroom van patiënten vond gedurende de gehele testperiode plaats. De gemiddelde duur van de poliklinische behandeling was 159 dagen (mediaan 92; maximum 531). Gemiddeld werden bijna 5 bezoeken aan de polikliniek afgelegd (mediaan 3, maximum 23). In totaal 36 kinderen werden een of meer keren in het ziekenhuis opgenomen. De problematiek waarvoor verwezen werd, was divers; in ruim een derde van de gevallen ging het om luchtwegproblemen, waarbij Cara de belangrijkste diagnose was (24 procent van alle verwijzingen). Na het eerste bezoek aan de polikliniek kwamen 14 kinderen niet meer terug voor verdere controle, terwijl 47 kinderen meer dan 6 keer terugkwamen. Aan het eind van de testperiode stonden 33 patiënten nog onder poliklinische behandeling (tabel 1).

Compliantie met de protocol-afspraken

Bij 88 procent van de patiënten werd door de huisarts een verwijsbrief geschreven, terwijl bij 33 procent vóór de verwijzing

telefonisch overleg werd gevoerd. Bij de 16 patiënten die zonder brief van de huisarts op de polikliniek kwamen, was er wel tevoren telefonisch contact geweest. Of in die gevallen altijd sprake was van een spoedeisende situatie, viel niet goed te beoordelen; wel werd duidelijk dat het telefonisch vooroverleg invloed had op de snelheid waarmee de patiënt op de polikliniek kon worden gezien. In totaal 14 kinderen werden nog dezelfde dag door de kinderarts gezien, terwijl de gemiddelde wachttijd tussen de verwijzing en het eerste polikliniekbezoek bijna 9 dagen bedroeg (mediaan 3). De helft van de patiënten kon overigens al binnen 3 dagen op de polikliniek langskomen.

Naar aanleiding van het eerste bezoek aan de polikliniek werd in 14 gevallen contact opgenomen met de huisarts; 10 keer gebeurde dit omdat de verwijsbrief onduidelijkheden bevatte en aanvullende informatie gewenst was, 4 keer om te overleggen over het te volgen beleid (op verzoek van de huisarts).

Kinderartsen zeiden tijdens het interview dat overleg met de huisarts technisch gezien niet altijd mogelijk was. Een van de kinderartsen gaf hiervan een duidelijk voorbeeld. 'Wanneer een kind op vrijdagmiddag met spoed door de huisarts naar de polikliniek wordt verwezen, is de huisarts na zijn spreekuur niet meer telefonisch bereikbaar. Wanneer de kinderarts dan een opname overweegt, is overleg niet meer mogelijk.' Een bericht van opname kan wel via de fax worden doorgegeven, maar telefonisch contact zal moeten worden uitgesteld tot na het weekend.

Bij 71 procent van de patiënten werd schriftelijk en/of mondeling een 'voorlopig' bericht naar de huisarts gestuurd. Bij de 14 patiënten die na het eerste bezoek niet meer op de polikliniek terugkwamen, bleek de berichtgeving naar behoren te zijn verlopen: er werd een bericht naar de huisarts gestuurd of er werd onderling overlegd. In de 40 gevallen waarin – in afwijking van de afspraken – geen eerste reactie werd verzonden, ging het 31 maal om een poliklinische behandeling en 9 maal om een opname in het ziekenhuis (tabel 2).

De kinderartsen brachten tijdens het interview naar voren dat een eerste reactie achterwege blijft wanneer men de uitslagen van bloedonderzoek of röntgenfoto wil afwachten. Die uitslagen kunnen dan tegelijk met de eerste evaluatie aan de huisarts worden toegestuurd. Het zou hier vooral gaan om patiënten bij wie de bevindingen van de kinderarts overeenkwamen met de probleem- en vraagstelling van de huisarts, en een eerste reactie dus geen probleemverheldering zou opleveren.

Hoewel de deelnemende artsen zich dus niet voor 100 procent aan de protocol-afspraken hielden, leidde dit niet tot problemen in de samenwerking. Bij alle patiënten die na het eerste bezoek aan de polikliniek werden terugverwezen of werden doorverwezen naar een andere specialist, werd wel altijd een bericht naar de huisarts gestuurd en/of vond overleg plaats.

Procedure-afspraken

Ondanks de afspraak dat de huisarts in zijn verwijsbrief altijd een procedurevoorstel

zou opnemen, werd in slechts 34 van de 100 beoordeelde verwijsbrieven een procedurevoorstel gedaan. Dit was in 9 gevallen een voorstel tot gezamenlijke behandeling.

De geïnterviewde huisartsen gaven als verklaring voor dit relatief lage percentage dat men op het moment van de verwijzing onvoldoende weet op welke wijze men betrokken kan blijven bij de verdere behandeling op de polikliniek. In 11 gevallen loste de huisarts dit probleem op door in de verwijsbrief te vragen met hem in overleg te treden zodra het te volgen beleid duidelijk zou zijn. De meeste huisartsen hielden zich echter op de vlakte en onthielden zich van procedurevoorstellen. In vergelijking met de gangbare praktijk werd na de invoering van het protocol wel vaker een procedurevoorstel gedaan. In een voormeting van 31 verwijsbrieven van dezelfde huisartsen vonden wij bij 17 procent enig procedurevoorstel, waarbij nooit een voorstel voor een gezamenlijke behandeling. *Verhage-Spliet & Kersten* von-

den in 20 procent van de verwijsbrieven een procedurevoorstel; in 10 procent van deze gevallen was dat 'gezamenlijke behandeling'.⁷ Tien kinderen werden 'ter behandeling' of 'therapiecontrole' expliciet terugverwezen naar de huisarts.

Van de 136 verwezen kinderen werden er uiteindelijk 12 door kinderarts en huisarts gezamenlijk behandeld. Op één patiëntje na waren het allen Cara-patiënten die vrij intensief door zowel de huisarts als de kinderarts werden behandeld (gemiddeld bezochten deze patiënten tijdens de registratieperiode 9 keer de polikliniek en 4 keer de huisarts).

Bij de 12 patiënten die gezamenlijk werden behandeld, waren in totaal 6 kinderartsen en 7 huisartsen betrokken. Eén huisarts en één kinderarts – beiden betrokken bij het ontwikkelen van het samenwerkingsprotocol – namen het leeuwedeel van deze gevallen voor hun rekening (respectievelijk 6 en 7 kinderen). Als verklaring voor het beperkte aantal patiënten dat gezamenlijk werd behandeld, werd door de artsen gesteld dat een gezamenlijke behandeling niet als relevant werd ervaren als het verwijsprobleem binnen korte tijd door de kinderarts kon worden opgelost.

Knelpunten in de samenwerking

Op drie gebieden zijn knelpunten in de samenwerking naar voren gekomen: de snelheid van de berichtgeving, de ontslagprocedure en de samenwerking tussen huisarts en kinderarts wanneer een derde hulpverlener bij de behandeling betrokken wordt.

De eerste reactie van de kinderarts op de verwijsbrief vond telefonisch of schriftelijk plaats na gemiddeld 13 dagen (mediaan 7 dagen). De telefonische reacties waren sneller dan de schriftelijke: 65 procent van de telefonische reacties vond plaats binnen één week, terwijl dit voor de schriftelijke berichtgeving 45 procent was.

Na de eerste reactie duurde het gemiddeld 50 dagen voordat de eerste tussentijdse specialistenbrief ontvangen werd (mediaan 30 dagen). Dit is vergelijkbaar met wat elders gevonden is.¹⁰ Na het laatste bezoek van de patiënt aan de polikliniek

Tabel 1 In- en uitstroom van patiënten tijdens protocollair samenwerken naar frequentie van het polikliniekbezoek

	Aantal bezoeken aan de polikliniek			Nog onder behandeling n=33
	1 n=136	2-5 n=122	≥6 n=47	
Uitstroom	14	75	14	nvt
Reden				
Terugverwezen naar huisarts	10	65	9	–
Doorverwezen naar andere specialist	3	3	3	–
Overige redenen	1	7	2	–

Tabel 2 'Voorlopig' bericht na het eerste bezoek op de polikliniek en plaats van de behandeling

	Geen	Schriftelijk	Mondeling	Totaal
Kinderarts neemt behandeling over	31	40	22	93
Huisarts neemt behandeling over	–	4	6	10
Patiënt opgenomen in het ziekenhuis	9	8	13	30
Patiënt doorverwezen naar andere specialist	–	2	1	3
Totaal	40	54	42	136

duurde het gemiddeld nog 48 dagen voordat er een ontslagbrief werd geschreven (mediaan 19). Een langzame berichtgeving werd door de huisarts niet altijd opgemerkt en daardoor niet als probleem ervaren. Pas als een patiënt weer eens op het spreekuur van de huisarts komt wordt een ontslagbericht gemist.

Ten aanzien van de ontslagberichtgeving zijn er knelpunten die worden veroorzaakt door de procedure bij ontslag. Van de 136 verwezen patiënten waren aan het einde van de registratieperiode 103 niet meer onder behandeling van de specialist. Bij 70 patiënten werd een ontslagbericht gestuurd. Bij 33 patiënten was het voor de huisarts niet duidelijk of de patiënt nog onder behandeling was. Bij 12 van deze 33 patiënten werd na ontslag uit het ziekenhuis een ontslagbrief geschreven waarin werd aangekondigd dat nacontrole poliklinisch zou plaatsvinden. Nadat deze patiënten ontslagen waren uit de poliklinische controle, bleef een ontslagbrief achterwege. Bij 9 van de 33 patiënten ging het door organisatorische oorzaken fout met de ontslagberichtgeving. Dit was soms een gevolg van het feit dat de patiënt niet meer op de polikliniek kwam en ook niet reageerde op herhaalde verzoeken van de administratie om een nieuwe afspraak te maken. In zo'n geval 'verdwijnt' de status in het archief en de huisarts kan dan in de veronderstelling verkeren dat de patiënt nog steeds onder behandeling van de kinderarts is. Vijf patiënten kwamen, na ontslag uit de poliklinische behandeling, zonder medeweten van de huisarts en zonder nadere berichtgeving op eigen initiatief weer op de polikliniek.

Door de kinderartsen werd bij 26 kinderen een intercollegiaal consult aangevraagd. Bij 7 kinderen gebeurde dit in overleg met de huisarts. Bij 13 kinderen werd de huisarts hiervan volgens protocol achteraf schriftelijk in kennis gesteld. In vijf gevallen waren de huisartsen zeer ontevreden over de samenwerking. Niet alleen omdat een intercollegiaal consult was aangevraagd zonder medeweten van de huisarts, maar vooral omdat het ging om andere problemen dan waarvoor was verwezen.

Doorverwijzen naar een andere specialist leverde minder problemen op. In het project werden 8 kinderen doorverwezen. Bij 1 kind is dit nooit doorgegeven aan de huisarts, bij de andere 7 patiënten werd de huisarts vooraf of achteraf door de kinderarts op de hoogte gesteld. Tijdens de testperiode blijkt er bij 14 van de 46 ziekenhuisopnamen geen overleg met de huisarts te zijn geweest. In een aantal gevallen was er overigens sprake van een heropname, kort nadat de patiënt was ontslagen.

Beschouwing

Op grond van het evaluatie-onderzoek is het oorspronkelijke protocol op een aantal punten bijgesteld. Zo werd het tijdstip waarop een specialistenbrief geschreven zou moeten worden, geconcretiseerd (binnen zes maanden) en werd bij het procedurevoorstel ook 'verzoek tot overleg' opgenomen. De centrale uitgangspunten – met name de flexibiliteit ten aanzien van de protocol-afspraken, de 'eigen verantwoordelijkheid' van de artsen inzake het nemen van beslissingen, en de 'relevantie' van het opnemen van contact voor de poliklinische behandeling van de patiënt – zijn echter gehandhaafd.

Hoewel het onderzoek vooral gericht was op de bruikbaarheid van het protocol, is het jammer dat een vergelijking met de voorafgaande periode niet mogelijk is. In het algemeen kan gesteld worden dat de artsen vooral naar de geest en niet naar de letter van het protocol gehandeld hebben. De deelnemende huis- en kinderartsen hebben zich niet altijd gehouden aan de afspraken. Dit betekent echter niet dat de samenwerking slecht zou zijn verlopen. Telefonisch overleg vóór een verwijzing wordt door zowel huisartsen als kinderartsen als zeer waardevol ervaren en een verwijzingsbrief wordt daarna niet altijd als noodzakelijk gezien. Behalve dat de verwijzing hierdoor mogelijk uitgesteld of voorkomen kan worden, vormt overleg een goede basis voor verdere samenwerking.

Waarom de kinderartsen in 29 procent van de gevallen nalieten na het bezoek van de patiënt een eerste reactie te sturen, is niet geheel duidelijk geworden. In alle

gevallen waarin er met de patiënt iets bijzonders aan de hand was, reageerde de kinderarts echter wél adequaat.

In het protocol wordt veel aandacht besteed aan gezamenlijke behandeling, maar in de praktijk kwam zo'n behandeling weinig voor. De verwachtingen waren wellicht te hoog gesteld. Een gezamenlijke behandeling is immers lang niet voor iedere verwezen patiënt relevant. Gezamenlijke behandeling wordt het meest als zinvol ervaren bij patiënten met een chronische ziekte of met een combinatie van ziektebeelden of problemen, en bij patiënten die langdurig onder poliklinische behandeling zullen blijven. Ook bleek dat het gezamenlijk behandelen niet voor alle deelnemende huisartsen een doel is geweest. Voor het delen van de verantwoordelijkheid voor een behandeling is regelmatig en persoonlijk contact nodig. Aan deze voorwaarde werd eigenlijk alleen voldaan bij de werkgroepleden.

Getracht is de knelpunten in de samenwerking die tijdens de testfase naar voren zijn gekomen, op te lossen door er concrete afspraken over te maken. Zo is afgesproken dat de kinderarts die een intercollegiaal consult nodig acht, hierover altijd met de huisarts contact zal opnemen als het consult niet logischerwijs voortkomt uit de vraagstelling van de huisarts.

Ten slotte iets over de implementatie van het protocol. De wijze waarop een protocol wordt ingevoerd, beïnvloedt de compliantie sterk. Bij het vergelijken van huisartsen en kinderartsen op individueel niveau komt naar voren dat artsen die bij de ontwikkeling van het protocol betrokken zijn geweest, in de praktijk veel intensiever hebben samengewerkt. Het introduceren van een protocol door middel van voorlichtingsavonden alleen lijkt dan ook onvoldoende om de betrokkenheid van de artsen met het protocol op langere termijn in stand te houden. De betrokkenheid onder de deelnemende artsen kan worden gestimuleerd door bijvoorbeeld regelmatig nieuwsbrieven te verspreiden, of door een keer per jaar overleg te laten plaatsvinden tussen specialisten en waarneemgroepen van huisartsen.

Op basis van de resultaten van het evaluatie-onderzoek kan gesteld worden dat het protocol een positieve invloed heeft gehad op de samenwerking.¹⁰ Een randvoorwaarde om het protocollair samenwerken succesvol te laten verlopen, is echter wel dat beide partijen zich expliciet bereid verklaren om op deze wijze samen te werken. Omdat de afspraken in het protocol zeer elementair zijn en flexibel toegepast kunnen worden, is het protocol in principe geschikt voor de samenwerking tussen huisartsen en specialisten van uiteenlopende disciplines.

Dankbetuiging

Met dank aan de deelnemende huisartsen en kinderartsen voor hun registratie-activiteiten, en aan de leden van de werkgroep voor hun enthousiaste bijdrage aan het project: F.S.L. Schmidt en J.Ph. Dalmeijer, huisartsen, A.F. Nagelkerke, P.P. Vomberg en G. Luitse, kinderartsen, en G. MacLean, verpleegkundige.

Literatuur

- 1 Visser GR. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. *Med Contact* 1980; 35: 468-72.
- 2 Duursma SA. Huisarts en specialist: een model voor samenwerking. *Med Contact* 1981; 36: 183-5.

- 3 Geertsma A, Engelsman C, Haayer-Ruskamp FM. Overeenstemming van specialis-tische zorg en bedoeling van huisarts bij verwijzing van patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1107-11.
- 4 Ten Have J, Buwalda J. Hoe kan het beter tussen huisarts en specialist; een methode voor kleinschalig overleg. *Med Contact* 1990; 45: 86-8.
- 5 Bremer GJ. Een onderzoek van verwijsbrieven. *Huisarts Wet* 1989; 32: 100-1.
- 6 Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 603-5.
- 7 Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts Wet* 1990; 33: 148-51.
- 8 De Smit DJ, Nagelkerke AF, Van de Baan S, et al. Samenwerking 1e-2e lijn. Ervaringen met consultatiebijeenvakomen. *Med Contact* 1990; 45: 1413-15.
- 9 Nederlands Huisartsen Genootschap. De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn. *Huisarts Wet* 1989; 32: 102-5.
- 10 Van Dungen L, Dalmeijer JPh, MacLean G, et al. Samenwerking na verwijzing; een samenwerkingsprotocol van huisartsen en kinderartsen. *Med Contact* 1992; 48: 600-2.
- 11 Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelijn. Utrecht: Nivel, 1991.

Abstract

Van Dungen LMR, Wijkkel D. A cooperation protocol for general practitioners and paediatricians. *Huisarts Wet* 1994; 37(3): 94-9.

A cooperation protocol for primary and secondary health care was developed by a group of GPs and paediatricians in Amsterdam. The aim of this protocol was to improve communication and cooperation between GPs and paediatricians. A prospective and descriptive study was carried out to evaluate the implementation of the protocol in everyday practice. During a period of 18 months, 15 GPs and 15 paediatricians registered all communications concerning patients referred for paediatric consultation. The compliance of GPs with guidelines on referral procedures was almost perfect, but a specific proposal for a treatment procedure (e.g. 'consultation only'; 'treatment by specialist'; 'cooperative treatment') was found in only 34 per cent of the referral letters. In 29 per cent of the cases, the paediatrician did not send the obligatory letter containing 'first findings' to the GP. These inadequacies were, however, never considered problematic by the participating doctors. Although the protocol was specifically designed to improve cooperation in treatment of a referred patient, the proportion of patients for whom this was relevant appeared to be small. The protocol seems to be useful for most other specialisms as well.

Keywords Family practice; Pediatrics; Referral and consultation.

Correspondence D. Wijkkel, Onderzoekscen-trum 1e-2e lijn, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.