

De samenwerking tussen huisarts en specialist

Een model

GITTE BOKKEN

Bokken G. De samenwerking tussen huisarts en specialist. Een model. Huisarts Wet 1995; 38(11): 506-12.

Samenvatting Op het gebied van samenwerkingsprojecten tussen huisarts en specialist is er veel activiteit, maar weinig overzicht. Een uitgewerkt model voor integrale samenwerking ontbreekt; meestal wordt de nadruk juist gelegd op een differentiële benadering. In dit artikel wordt een model gepresenteerd, dat is gebaseerd op integrale samenwerking, waarbij de nadruk ligt op een optimale inrichting van het totale zorgproces: de zorg voor de patiënt door huisarts en specialist wordt als één geheel gezien. Het model onderscheidt zes oplopende niveaus van samenwerking: ad hoc contacten, werkafspraken ten aanzien van proces, gemeenschappelijk 'medisch beleid', proces-integratie, gemeenschappelijke visie en volledige integrale medische zorg. Het model wordt vervolgens gebruikt als raamwerk om een aantal uit de literatuur bekende samenwerkingsprojecten in hun onderlinge samenhang te bespreken.

Mw. B.W.T.M. Bokken, arts,
De Ruyterstraat 52b, 2518 AT Den Haag.

Inleiding

...So we beat on, boats against the current,
borne back ceaselessly into the past.
F. Scott Fitzgerald, *The great Gatsby*

De belangstelling voor de samenwerking tussen huisarts en specialist is niet nieuw, maar de accenten zijn in de loop der jaren verschoven. Op het ogenblik ligt de nadruk vooral op de continuïteit op het grensvlak van eerste en tweede lijn, en op het begrip transmurale zorg. De patiënt moet kunnen kiezen uit een zorgaanbod, waarbij de verschillende voorzieningen goed op elkaar moeten aansluiten: bij verandering van de zorgbehoefte kan de patiënt daardoor naadloos overgaan van de ene naar de andere voorziening. Tijdverlies en onnodige, doublerende, ontbrekende of strijdige activiteiten in diagnostiek of behandeling dienen zoveel mogelijk te worden voorkomen.

In het kader van een nadere uitwerking van het NHG-Beleidsplan 'Werkbare wetenschap' en als voorbereiding op het NHG-congres 1995 is nagegaan wat de laatste tien jaar in Nederland is gerealiseerd en gepubliceerd op het gebied van samenwerking tussen huisarts en specialist. Bij het verwerken van de publikaties over dit onderwerp ontstond behoefte aan een theoretisch model, waarbinnen de verschillende samenwerkingsprojecten in hun onderlinge samenhang zouden kunnen worden besproken.

Dergelijke modellen zijn er wel,^{1,2} maar zij zijn veelal gebaseerd op een *differentiële* benadering van samenwerking. Hierbij wordt de totale zorg voor de patiënt niet als één geheel beschouwd, maar opgesplitst in een huisartsgeneeskundig en een specialistisch deel. Het door ons gewenste model zou juist moeten uitgaan van het totale primaire zorgproces: niet de betrokken artsen of de locaties staan hierbij centraal, maar de patiënt met zijn klachten. Het primaire proces begint wanneer de patiënt zich meldt met een klacht en eindigt wanneer de patiënt weer verdwijnt uit het zorgcircuit. Daartussen is er een bepaalde weg langs diverse hulpverleners, onder wie de huisarts en de specialist. Bin-

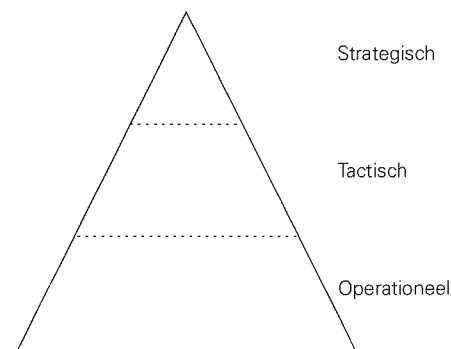
nen het totaal van de zorg treden de effecten van de verschillende hulpverleners vaak niet los van elkaar op, en daarom moeten zij ook *integraal* worden benaderd.³

In dit artikel wordt een model voor vormen van samenwerking tussen huisarts en specialist gepresenteerd, dat uitgaat van deze integrale benadering. Het model wordt vervolgens geïllustreerd met voorbeelden uit de opgespoorde literatuur. In de literatuurlijst wordt slechts een selectie uit deze artikelen vermeld; de volledige lijst kan worden opgevraagd bij de auteur.

Model

Het voorgestelde samenwerkingsmodel is mede gebaseerd op inzichten uit het bedrijfsleven.^{4,6} Het primaire proces – de uitvoering van de geneeskunde – wordt hierbij benaderd als een aaneenschakeling van activiteiten. Deze keten kan door allerlei dwarsverbindingen ook de vorm van een netwerk aannemen. In het model wordt alleen de relatie tussen huisarts en specialist bekeken; de omgeving en relaties met andere partijen – (wijk)verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, ziekenhuisdirecties – blijven buiten beschouwing.

Binnen de praktijkvoering van huisarts en specialist kunnen we drie soorten beslissingen onderscheiden, die beide partijen geheel of gedeeltelijk op elkaar kunnen afstemmen: operationele, tactische en strategische beslissingen (*figuur 1*).



Figuur 1 De drie soorten beslissingen

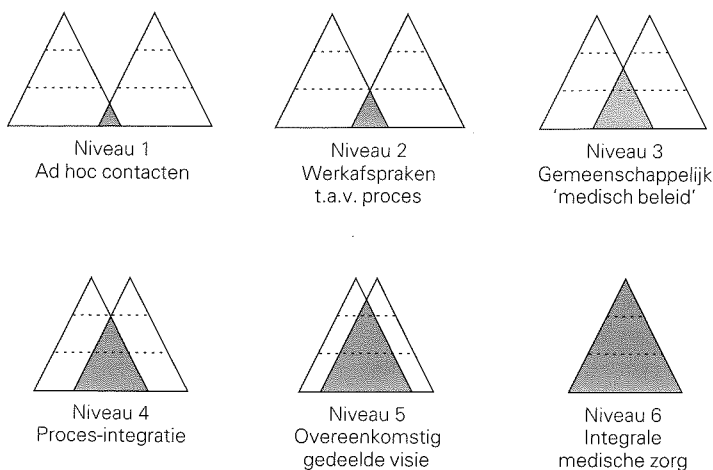
- *Operationele* beslissingen hebben betrekking op de concrete uitvoering van de geneeskunde. Voorbeelden zijn het verwijderen van een clavus of het verwijzen van een patiënt. De korte termijn staat hier in principe centraal.
- *Tactische* beslissingen hebben meer betrekking op de administratieve component van de geneeskunde; het draait om de directe supervisie van de geneeskundige activiteiten. Voorbeelden zijn de inrichting van het spreekuur of de aanschaf van een huisarts-informatiesysteem. Bij tactische keuzen gaat het in het algemeen om de middellange termijn.
- *Strategische* beslissingen hebben betrekking op de totale verantwoordelijkheid voor de geneeskundige praktijk als orgaan in zijn omgeving. Hier gaat het erom dat de arts zorgt dat de 'missie' – het ruimste en meest abstracte perspectief van de praktijk als organisatie – wordt uitgevoerd. Bij strategische beslissingen wordt de koers op lange termijn bepaald. Een voorbeeld is de overname van een praktijk.

Bij samenwerking tussen huisarts en specialist gaat het erom het totale primaire

proces optimaal te organiseren. De patiënt is daarbij de verbindende factor, en hij lijkt op grond daarvan de eerst verantwoordelijke voor het geheel. Als hij niet in staat is die verantwoordelijkheid te dragen, zal hij meestal aankloppen bij de huisarts, die dan de procesverantwoordelijkheid⁷ overneemt. De huisarts gaat in dat geval relaties aan met de verschillende schakels in de keten,⁸ waaronder de specialist.

Huisarts en specialist hebben in hun beroepsuitoefening in principe te maken met operationele, tactische en strategische beslissingen. Zij vervullen binnen hun eigen praktijk dus drie verschillende rollen: op operationeel niveau zijn zij uitvoerder van de geneeskunde en maken zij afspraken die direct gerelateerd zijn aan de uitvoering; op tactisch niveau zorgen zij voor de directe supervisie op de uitvoering en afstemming van de geneeskundige activiteiten die gedurende langere tijd constant blijven; op strategisch niveau bepalen zij de koers van hun praktijk binnen de omgeving.

Op elk van deze niveaus kan gedeeltelijk of geheel worden samengewerkt. Zo ontstaat een continue schaal van zes samenwerkingsniveaus (figuur 2):



Figuur 2 Continue schaal van niveaus van samenwerking tussen huisarts en specialist ten aanzien van onderdelen van het primaire proces

- ad hoc contacten;
- werkafspraken ten aanzien van proces;
- gemeenschappelijk 'medisch beleid';
- proces-integratie;
- gemeenschappelijke visie;
- volledig integrale medische zorg.

Operationele samenwerking biedt de huisarts of specialist de mogelijkheid tot beïnvloeding van het uitvoerende deel van de geneeskunde of zorg op korte termijn (<1 jaar). Tactische samenwerking stelt de huisarts in staat de uitvoering, ontwikkeling en besturing van de zorg op de middellange termijn (1-3 jaar) te beïnvloeden. Strategische samenwerking heeft betrekking op de positie van bijvoorbeeld de huisartspraktijk als organisatie in zijn omgeving. Hier gaat het om beïnvloeding van de koers op lange termijn (>3 jaar).

Deze vormen van samenwerking vergen in verschillende mate onderling vertrouwen, brengen in meerdere of mindere mate risico met zich mee, en/of hebben grotere of kleinere financiële consequenties. Hierdoor zal de samenwerking tussen huisarts en specialist op de verschillende niveaus meer of minder intens zijn. Integratie vindt achtereenvolgens plaats op operationeel niveau, operationeel en tactisch niveau, en operationeel, tactisch en strategisch niveau. Deze integratie gaat gepaard met toenemende mogelijkheden van beïnvloeding van het proces door zowel huisarts als specialist.

Literatuur

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- de documentatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1984 t/m oktober 1994;
- de index van *Huisarts en Wetenschap* vanaf 1984;
- de literatuuropgave bij de Registratie Innovatie Projecten van het Nivel;
- het overzicht van proefschriften van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Via de trefwoorden 'huisarts', 'specialist', 'ziekenhuis', 'samenwerking' en 'relatie 1e-2e lijn' werden circa 300 artikelen en rapporten gevonden. Vervolgens werden de literatuurlijsten bij deze artikelen ge-

screend op relevante artikelen; grijze literatuur is daarbij buiten beschouwing gelaten.

De meeste artikelen hadden betrekking op meningen en beschouwingen, en de onderzoeksverslagen voldeden niet altijd aan de formele en inhoudelijke criteria die daarvoor bestaan; met name een heldere en concrete formulering van de doelstelling (in maat en getal), een controlegroep en een volledige beschrijving van analysemethoden en resultaten ontbraken nogal eens.

Ad hoc contacten (1)

Bij ad hoc contacten worden twee zelfstandige professies letterlijk gescheiden door de muren van het ziekenhuis en is er geen sprake van een structurele relatie. Bij deze samenwerkingsvorm berust de beslissing om een specialist in te schakelen bij de huisarts, eventueel op instigatie van de patiënt. De huisarts verwijst al dan niet regelmatig naar een specialist en voert zo nu en dan telefonisch overleg. Hoewel de huisarts kan aangeven in welke mate hij het beleid uit handen wil geven, is de specialist vrij daar al dan niet op in te gaan. Voorbeelden van deze samenwerkingsvorm zijn de relatie bij diagnostische raadpleging, consultatie, consultatieve verwijzing, verwijzing met gezamenlijke behandeling of overname van behandeling, consultatie in het ziekenhuis⁹ en interne doorverwijzing op ad hoc basis. Alles wat geregeld moet worden om de activiteiten van huisarts en specialist op elkaar af te stemmen, gebeurt bij ad hoc contacten vlak vóór of op het moment waarop de patiënt in behandeling komt.

Als we naar het effect van deze vorm van samenwerking kijken, wordt duidelijk dat de communicatie tussen huisarts en specialist niet optimaal verloopt. Er blijken nogal wat verschillen van mening te bestaan met betrekking tot bereikbaarheid, verwijzen,¹⁰ verwijsbrieven,^{11 12} overleg, opname¹³ terugverwijzen, terugrapportages, ontslag¹⁴ en taakomschrijvingen.¹⁵⁻⁴⁰ Met name bij patiënten met chronische aandoeningen die gedurende lange tijd door bijvoorbeeld kinderarts of in-

ternist worden begeleid, en bij patiënten met vage klachten komt het voor dat huisarts en specialist interveniëren zonder de zorg op elkaar af te stemmen, en ontstaan communicatieproblemen.^{41 42} Anderzijds zijn er ook bemoedigende berichten over de kwaliteit van verwijsbrieven⁴³ en de wijze waarop de specialist hiermee omgaat.⁴⁴

De volgende voorwaarden zijn van belang voor een optimaal ad hoc contact:

- wil en onderling vertrouwen;²
- inzicht in elkaars deskundigheid, kennis van elkaars functioneren, visie op gezondheid en ziekte⁴⁵ en taakomschrijving;^{2 19-21 46-51}
- bekendheid van de patiënt en andere hulpverleners met de deskundigheid en bereikbaarheid van de huisarts;⁵²⁻⁶⁰
- ontbreken van competentiestrijd, ongelijkwaardigheid en misbruik van verschil in specialistische kennis;⁶²
- goed persoonlijk contact;⁶²
- inzicht in complementariteit.⁶³

Werkafspraken ten aanzien van het proces (2)

De tweede samenwerkingsvorm wordt gekenmerkt door het bestaan van een vastgelegde relatie: men draagt verantwoordelijkheid voor het deel van het proces waarover beide partijen afspraken hebben gemaakt. Daartoe wordt eerst overlegd waarover afspraken zullen worden gemaakt, en daarna wordt de samenwerking concreet vastgelegd.

Voorbeelden van deze samenwerkingsvorm zijn de afspraken met betrekking tot verwijsprocedures,⁶⁴⁻⁷⁰ terugrapportage,⁷¹ bereikbaarheid,⁷² gestructureerde consultatie en patiëntbesprekingen,⁷³ gestructureerde telefonische consultatie,⁷⁴ consultatief verwijzen,⁷⁵ het gezamenlijk consult,⁷⁶ verwijzing met gezamenlijke behandeling of verwijzing met overname van behandeling.^{77 78} Samenwerkingsprojecten gericht op werkafspraken vinden onder andere plaats rond speciale patiëntencategorieën, zoals terminale patiënten in de thuissituatie⁷⁹ en patiënten die thuis spinale pijnbestrijding ontvangen,⁸⁰ kinderen⁸¹ en volwassen Cara-patiënten.⁸²

Ook automatische gegevensuitwisseling⁸³⁻⁸⁶ vereist gezamenlijke afspraken ten aanzien van het zorgproces.

In het Amsterdamse samenwerkingsprotocol bij spinale pijnbestrijding thuis wordt de reguliere eerstelijnszorg zoveel mogelijk ingeschakeld, waarbij de huisarts een coördinerende rol speelt als hoofdbehandelaar.⁸⁰ Bij andere intensieve thuiszorgprojecten ligt de nadruk op de overdracht van ziekenhuisverpleging naar thuisverpleging. De coördinerende activiteiten worden overgenomen door de gespecialiseerde verpleegkundige vanuit het ziekenhuis, en in later stadium mogelijk vanuit de kruisorganisatie.^{87 88} De regie voor de specialistische zorg ligt dan bij de specialist,^{89 90} omdat het om patiënten met een ziekenhuisindicatie gaat.

Huisartsen en specialisten zijn het over eens dat patiënten zonder afwijkingen terugverwezen moeten worden naar de huisarts, en dat de specialist behoort duidelijk te maken waarom voortzetting van de specialistische behandeling nodig is bij een aanvraag van een nieuwe verwijskaart.¹⁵ De invoering van de korte kaart lijkt echter niet geleid te hebben tot het versterken van de centrale positie van de huisarts.⁶⁹ Aanpassing van de gebruikelijke werkwijze is bij zelfstandige professionals moeilijk te bewerkstelligen. De noodzaak van voorafgaand overleg bij een verwijzing wordt niet altijd onderschreven, en er wordt zelden gebruik gemaakt van de mogelijkheid de ander aan te spreken, wanneer die zich niet aan de afspraken houdt. Men is voorzichtig met het leveren van kritiek,⁸¹ wat wordt versterkt doordat de communicatie vooral schriftelijk verloopt.^{68 73}

Bij het maken van werkafspraken ten aanzien van het proces moet worden voldaan aan de volgende extra voorwaarden:

- uitwisseling van informatie en werkwijzen;⁹¹
- erkenning van elkaars deskundigheid en kwaliteiten;⁹²
- motivatie, binding, betrokkenheid,^{70 78 93 94} met name ook bij de organisatie en opzet;^{95 96}
- informatieverstrekking en consensus onder eigen beroepsgroep;^{95 97}

- heldere en adequate projectorganisatie, helder einddoel en een goede afbakening;^{70 93 98}
- ontbreken van verschil in machtspositie en status.

Gemeenschappelijk 'medisch beleid' (3)

Medisch beleid heeft betrekking op de uitvoering van de geneeskundige zorg op middellange termijn. Er worden inhoudelijke werkafspraken gemaakt, en er worden criteria voor een goede hulpverlening geformuleerd. In dit geval is er sprake van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het proces op deelgebieden, waarbij beide partijen belang hebben bij samenwerking. De nadruk ligt in eerste instantie op het scheppen van een relatie. Vervolgens kan inhoud worden gegeven aan de samenwerking.

Op verschillende plaatsen wordt getracht samenwerking op dit niveau te realiseren, waarbij diverse patiëntengroepen centraal staan. Criteria voor anamnese, onderzoek, behandelmogelijkheden en indicaties voor onderlinge verwijzingen en terugverwijzingen worden vastgelegd in werkafspraken. Bij de behandeling van type-II-diabeten wordt bijvoorbeeld getracht de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren door functionele samenwerking.^{88 99-101} Ook worden initiatieven genomen rond de zorg voor Cara-patiënten,^{82 102-105} kankerpatiënten,¹⁰⁶ geriatrische patiënten,¹⁰⁹ en patiënten met ulcus cruris,^{88 107 108} dementie,⁸⁸ radiculare klachten¹¹⁰ en knieklachten.¹¹¹ Gezamenlijke consultaties in de huisartspraktijk vinden onder meer plaats met de gynaecoloog, orthopeed en KNO-arts.^{112 113} Andere voorbeelden van deze vorm van samenwerking zijn ligduurverkortings-¹¹⁴ of dagverplegingsprojecten¹¹⁵ bijvoorbeeld bij total hip-operaties,¹¹⁶ liesbreukbehandeling,⁸⁸ cataract-operaties,¹¹⁷ laparoscopische cholecystectomie en verwijdering van osteosynthesemateriaal. Er wordt gewerkt met een multidisciplinair zorgprotocol,⁹⁸ waarbij ook aandacht wordt besteed aan de samenwerking met de anesthesist.^{118 119}

Gemeenschappelijk medisch beleid komt in de praktijk moeilijk tot stand, doordat werkgebieden elkaar overlappen, en de betrokken huisartsen en specialisten het vaak oneens zijn over de invulling van de wederzijdse deeltaken.¹¹⁵ Als belemmerende factoren worden met name genoemd: verschillen in opvatting over de risico's van onnodige schade en de medicaliserende effecten van specialistische hulpverlening.

Bij huisartsen lijkt een grote variatie ten aanzien van het medisch beleid te bestaan en is er niet veel bereidheid tot conformeren. Dit kan echter veranderen nu in toenemende mate aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling en het gebruik van standaarden. Voor de acceptatie van richtlijnen van zorg blijkt de opstelling van de beroepsgroep cruciaal.¹²⁰ Bij het oplossen van problemen lijken specialisten meer uniforme methoden en routineprocedures te kennen dan huisartsen.¹²¹ Voor specialisten is de prikkel om zich te conformeren aan een protocol voor bijvoorbeeld ligduurverkorting vrij groot, wanneer er – bij gelijkblijvende kwaliteit – sprake is van verhoging van de turn-over en dus eventuele wachtlijsten verkort kunnen worden.^{122 123}

Overigens komen afwijkingen van het gemeenschappelijk beleid in de bestaande samenwerkingsprojecten vaak voor.^{70 111} De afspraken met de tweede lijn lijken persoonsgebonden. Zo blijkt niet iedere arts-assistent op de hoogte van de afspraken. Door de aanwezigheid van een protocol kunnen alle betrokken hulpverleners elkaar echter aanspreken op een duidelijk en eenduidig beleid.¹¹⁰ Met betrekking tot ligduurverkorting en thuiszorg blijkt dat ziekenhuisorganisaties niet altijd in staat zijn de geïndiceerde patiënten efficiënt te geplande gang door het ziekenhuis te laten maken; het vergt veel inspanning om de medewerking van anesthesie, chirurgie, verpleging en EHBO te bewerkstelligen.⁹⁸

De financiële resultaten van dagverpleging en ligduurverkorting zijn niet eenduidig.^{88 115-117} De wijze waarop de kosten van de ziekenhuiszorg en thuiszorg worden berekend, is niet overal gelijk.¹²⁴

De eerstelijnszorg – en ook de zelf- en

mantelzorg – moet adequaat voorbereid zijn voor de opvang van de thuiszorgproblematiek.^{114 125} Met name bij complexe aandoeningen lijkt de huisarts echter niet altijd te beschikken over alle benodigde kennis en ervaring.^{42 33 80} Over de rol van de huisarts in de thuiszorg bestaat geen consensus: hij kan zijn taken invullen, afhankelijk van eigen interesse en lokale omstandigheden. Het belang van complementariteit van zorg wordt benadrukt.^{126 127}

De volgende voorwaarden zijn, naast de eerder genoemde voorwaarden, van belang bij het tot stand komen van een gemeenschappelijk medisch beleid:

- doelen afspreken en belang hieraan toekennen;
- deskundigheidsbevordering;
- vooraf definiëren van intenties die door geen van de participanten als bedreigend worden ervaren;
- niet bedreigende financiële consequenties;
- ontbreken van expansiedrift ziekenhuis;
- een gemakkelijk toegankelijk protocol.

Proces-integratie (4)

Bij proces-integratie ligt de nadruk op het gezamenlijk ontwikkelen, organiseren, beheersen en besturen van een deel van het zorgproces, naast de gezamenlijke uitvoering van het zorgproces. Voorbeelden van proces-integratie zijn regionale samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld diagnostische (coördinerende) centra. De nadruk ligt dan op de nauwe verbinding die huisartsen hebben met de diagnostische faciliteiten, de specialisten en het ziekenhuis. Men ontwikkelt, organiseert en bestuurt gezamenlijk de inrichting van de diagnostiek.

Diagnostische centra bieden direct toegankelijke diagnostiek voor de huisarts en structurele feed-back van specialisten.^{74 128-130} Daarnaast zijn er mogelijkheden tot cardiologisch functie-onderzoek,¹³¹ gastroscopie^{61 132} en rectosigmoidoscopie ten behoeve van de eerste lijn,¹³³ met vaste werkafspraken en feed-back van een specialist. Inmiddels is duidelijk dat het aantal

aanvragen kan worden beïnvloed en zelfs beperkt door voorlichting, voorbedrukte aanvraagformulieren,¹³⁴⁻¹³⁷ werkafspraken⁹⁵ en feed-back.¹²⁹⁻¹³⁸ Dit leidt mogelijk tot kostenbesparing en kwaliteitsverbetering.¹³⁰ Bij gastroscopie door de huisarts is er sprake van een aanzienlijke kwaliteitsverbetering in diagnostiek, bij nagenoeg gelijkblijvende kosten. Een groter aantal patiënten kan sneller worden behandeld en vervolgd, en bij verwijzing heeft de tweede lijn direct de gewenste diagnostische gegevens.¹³² Bij rectosigmoidoscopie stijgen de kosten duidelijk, bij slechts geringe voordelen in kwaliteit.¹³³ Cardiologische functie-onderzoeken voor de huisarts lijken een kwaliteitsverbetering in diagnostiek en kostenbesparing op te leveren.¹³¹

De volgende voorwaarden zijn, naast eerder genoemde voorwaarden, van belang bij het tot stand komen van proces-integratie:

- wilsovereenstemming;
- volledige informatie uitwisseling.

Gemeenschappelijke visie (5)

Bij een gemeenschappelijke visie draait het om het ontwikkelen van een gezamenlijke strategie, waarbij overeenstemming wordt bereikt over zowel de doelstelling als de manier waarop die doel bereikt moet worden. Daadwerkelijke ontwikkeling van zorgvernieuwing vereist altijd samenwerking op dit niveau. Deze vorm van samenwerking is bijvoorbeeld mogelijk wanneer huisartsen participeren in een maatschaps- of ziekenhuisbeleid,¹³⁹ maar ook wanneer specialisten participeren in het lange-termijn beleid van een groepspraktijk of gezondheidscentrum. De relatie van de huisarts ten opzichte van de patiënt blijft hierbij ongewijzigd. In de bestudeerde literatuur wordt in dit kader gesproken over huisartsen die als artsen voor de buitendienst zouden kunnen participeren binnen ziekenhuisbeleid.¹⁴⁰

Volledig integrale medische zorg (6)

Volledig integrale medische zorg komt neer op 'alles zelf doen' of 'alles samen

doen'; de eerste en tweede lijn zijn hierbij organisatorisch niet meer te onderscheiden. Hiervan is sprake wanneer huisartsen zijn opgenomen in de medische staf en de ziekenhuisorganisatie,¹⁴¹ of wanneer specialisten worden opgenomen in een huisartsenmaatschap of een gezondheidscentrum. In de bestudeerde literatuur wordt van deze samenwerkingsvorm geen melding gemaakt.

Beschouwing

Het beschreven model maakt een gefundeerd onderscheid tussen de verschillende samenwerkingsvormen mogelijk en benadrukt het belang van samenwerking in het integrale zorgproces. Het gaat om een theoretisch model, dat niet is beproefd in de praktijk. Voor bredere toepassing zal het model verder ontwikkeld moeten worden.

In hoeverre volledige integratie tussen huisarts en specialist wenselijk en mogelijk is, hangt onder andere af van de activiteiten binnen het zorgproces, van de ontwikkelingsfase waarin de verschillende zorggebieden zich bevinden, en van de cultuur van de zorgaanbieders. Een gezamenlijk behandelplan is bijvoorbeeld niet bij iedere patiënt gewenst of noodzakelijk. Het tot stand komen van een bepaald niveau van samenwerking is afhankelijk van de frequentie waarmee patiënt huisarts en specialist bezoekt, en de aard van het ziektebeeld.

Met de voorgestelde indeling wordt dan ook geen hiërarchie aangegeven. Samenwerking op het niveau van een gemeenschappelijk medisch beleid hoeft niet beter te zijn dan samenwerking op het niveau van ad hoc contacten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de samenwerking met de neurochirurg, aangezien de huisarts zelden te maken heeft met indicaties voor neurochirurgie.

Ook de ontwikkelingsfase van de zorggebieden en de cultuur van de zorgaanbieders heeft invloed op het niveau van samenwerking. Bij de samenwerking tussen huisarts en specialist zijn de verschillen in opvattingen over onderlinge taakafbakening een complicerende factor.¹⁴² Huisart-

sen kunnen bijvoorbeeld een vrij solistische stijl van werken hanteren; hun medisch beleid wordt minder dan bij specialisten binnen een samenwerkingsverband getoetst aan de visie van anderen.⁴¹

Wanneer huisartsen onderling niet in staat zijn tot het realiseren van samenwerking op het gebied van procesmatige werkafspraken of medisch beleid, is het realiseren van samenwerking met specialisten op het gebied van gezamenlijk medisch beleid of proces-integratie in principe onmogelijk. Door onder meer het Basistakenpakket en de NHG-standaarden stellen huisartsen zich echter – individueel en als groep – in toenemende mate eenduidig en actief op met een voor patiënten en specialisten zichtbaar takenpakket.

De voordelen van een geïntegreerd zorgproces liggen mogelijk op het terrein van effectiviteitswinst, tijdswinst (voorkomen van dubbel werk), kostenbesparing, synergie, meer eenduidigheid, eenvoud in de documentatie en kwaliteitsverbetering. Met name voor categorieën patiënten die veelvuldig gebruik maken van ambulante zorgverlening door huisarts en specialist, lijkt een goed afgestemde hulpverlening van groot belang.

De voordelen van een geïntegreerd zorgproces kunnen bestaan uit effectiviteitswinst, tijdswinst (voorkomen van dubbel werk), kostenbesparing, synergie, meer eenduidigheid, eenvoud in de documentatie en kwaliteitsverbetering. Met name voor categorieën patiënten die veelvuldig gebruik maken van ambulante zorgverlening door de huisarts en de specialist, lijkt een goed afgestemde hulpverlening veel te kunnen bijdragen.

Uitgaande van de besproken literatuur lijkt samenwerking tussen huisarts en specialist in de vorm van ad hoc contacten veel voor te komen. Daarnaast worden er werkafspraken ten aanzien van het zorgproces gemaakt. Op lokaal niveau wordt een aanzet gegeven tot het realiseren van samenwerking op het niveau van gemeenschappelijk medisch beleid. Een enkele maal ontwikkelen en besturen huisartsen, specialisten en ziekenhuis gezamenlijk een deel van het totale zorgproces, zoals

de diagnostiek binnen een diagnostisch centrum. Voorbeelden van samenwerkingsvormen die het ontwikkelen van een gezamenlijke strategie vereisen of zelfs het opgaan van huisarts en specialist in één organisatie, worden in de literatuur niet beschreven. De meeste gepubliceerde projecten lijken bovendien meer gericht op substitutie dan op samenwerking.

Het is makkelijk om de term samenwerking te gebruiken, maar het vergt bijzonder veel inspanning deze relatie daadwerkelijk tot stand te brengen. Samenwerking vraagt om verandering van de huidige situatie, waarin huisarts en specialist gescheiden ten opzichte van elkaar werken en de nadruk meer ligt op ieders deel dan op het totaal. Bij het verbeteren van de samenwerking is het niet de kunst de hoogste graad van integratie na te streven. Het gaat erom het bestaande niveau van samenwerking te verbeteren, bijvoorbeeld de samenwerking van ad hoc contacten naar het niveau van procesafspraken te trekken.

De wil tot samenwerking is bij het tot stand komen van een bepaald niveau van samenwerking essentieel. De doorslaggevende factor voor het realiseren van welke vorm samenwerking dan ook, zal een diep wederzijds vertrouwen blijken te zijn.

Dankwoord

Met dank aan Ir. B.B.M. Bosman en Prof.dr. A.H.M. Kerkhoff, voor hun conceptuele bijdragen en kritisch commentaar op eerdere versies van dit artikel. Voorts dank aan Dr. F.J. Meijman, Dr. H.J.J.M. Berden en mw. K.H. Njoo, arts, voor hun commentaar.

Literatuur

- 2 Jacobs HM, De Melker RA, Touw-Otten FWMM Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening. *Med Contact* 1983; 38: 1599-1601 en 1629-32.
- 3 Commissie modernisering curatieve zorg. Rapport 'Gedeelde Zorg: betere zorg'. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.
- 4 A.T. Kearny Management Consultants management reports. Intergrating the supply chain. London: Kearny, 1994.
- 5 A.T. Kearny and Manchester School of Management, UMIST. Partnership or Power Play? London: Kearny, 1994.
- 6 Christopher M. Logistics and supply chain management. Strategies for reducing costs and improving services. *Financial Times* Pitman, 1992.
- 8 LHV Vademecum. Basistakenpakket voor de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- 10 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Kritiek op huisartsen als zij verwijzen. Het oordeel van huisartsen en internisten. *Huisarts Wet* 1993; 36: 445-50.
- 12 Bremer GJ. Een onderzoek van verwijfsbrieven. *Huisarts Wet* 1989; 32: 100-01.
- 32 Schadé E. Samenwerking bij patiënten met kanker. [Discussie]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 313-4.
- 38 Van der Grinten TED. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg. *Huisarts Wet* 1991; 43: 130-5.
- 41 Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E. Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts. [Dissertatie] Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
- 42 Grundmeijer HGLM, Van Weert HCPM. Patiënt, huisarts, internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 43 Zock AL, Leeuwenber J, Pleumeekers H. De verwijfsbrief getoetst. Een onderzoek naar de kwaliteit van 157 verwijfsbrieven en de reacties daarop van betrokken specialisten. *Huisarts Wet* 1989; 32: 505-8.
- 44 Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT. De inhoud van verwijfsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts Wet* 1990; 33: 148-51.
- 45 Van den Bosch WJHM, Bor H, Van Weel C. Verwijzen van kinderen in vier huisartspraktijken *Huisarts Wet* 1992; 35: 267-71.
- 47 Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? *Huisarts Wet* 1991; 34: 320-4.
- 50 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: 152-6.
- 51 Everwijn SEM, De Melker RA. De werkwijze van huisarts en specialist. *Huisarts Wet* 1985; 28: 302-6.
- 52 Van den Bosch WJHM. Hoe groot is de kleine chirurgie? Een literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 1988; 31(Suppl): 32-5.
- 53 Van Duin BJ, Garnier FPM. Eerste-hulpbezoek in Amsterdam-West. *Huisarts Wet* 1992; 35: 350-1.
- 54 De Beer-Buijs MJM, Derksen-Lubsen G, Van Suijlekom-Smit LWA. Een EHBO kindergeneeskunde in geval van nood of in plaats van de huisarts? *Huisarts Wet* 1992; 35: 275-7.
- 55 Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. *Huisarts Wet* 1991; 37: 30-4.
- 56 Smeets HM. Acut knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp? *Huisarts Wet* 1992; 35: 454-7.
- 61 Bergsma J. Huisarts en oncologische consultatie. *Huisarts Wet* 1985; 28: 370-2.
- 64 Sips AJBI, Smeele I, Van der Voort JPM. De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn: NHG-Standaard. *Huisarts Wet* 1989; 32: 541-4.
- 71 Verhage-Spliet CMTh, Touw-Otten FWMM, Eggink HD. Terugrapportage van specialist naar huisarts: Evaluatie van een model voor de poliklinische berichtgeving. *Huisarts Wet* 1993; 36: 64-6.
- 75 Buis WMJN. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1990.
- 76 Vierhout WPM. Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist in de eerste lijn. Een nieuwe werkwijze bij klachten van het bewegingsapparaat [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
- 78 Van Dungen LMR, Wijkkel D. Een samenwerkingsprotocol voor huisartsen en kinderartsen. *Huisarts Wet* 1994; 37: 94-9.
- 93 Beusmans GHMI, Does RJMM. Werkafspraken in het Diagnostisch Centrum Maastricht. *Huisarts Wet* 1988; 31: 154-8.
- 95 Beusmans GHMI. Huisarts en diagnostisch centrum. Toepassing van werkafspraken door huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- 96 De Wit NJ. Gastroscopie op verzoek van de huisarts. Gevolgen voor diagnostiek en therapeutisch beleid [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1992.
- 100 Reenders K, De Nobel E, Van Weel C. Diabetes Mellitus in een groepspraktijk. Diagnostiek, controle en behandeling. *Huisarts Wet* 1988; 31: 327-30.
- 105 Willems D, Appelman CLM. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara. Een literatuur onderzoek. *Huisarts Wet* 1994; 37: 25-9.

-
- 108 Schweitzer BPM. Het Amsterdamse Ulcus Cruris project: Vijf jaar ervaring met een medisch en verpleegkundig protocol. *Huisarts Wet* 1992; 35: 278-80.
- 121 Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiënten simulatie. [Dissertatie] Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1982.
- 124 Swinkels MMA. Eerder thuis – beter af? [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1990.
- 125 Mulder A, Balder FA, Burger I, Nijhuis HGJ. Heupfractuur, te vroege ontslagen uit een ziekenhuis. *Huisarts Wet* 1990; 33: 448-9.
- 126 Schadé E. Thuiszorg; kruispunt of spanningsveld in de gezondheidszorg? Een beschouwing naar aanleiding van de scenario's over kanker 1985-2000. *Huisarts Wet* 1988; 31: 51-4.
- 135 Van Geldrop WJ, Lucassen PLBJ, Smit-huis LOMJ. Een probleemgeïntereerd aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 192-6.
- 136 Smithuis LOMJ, Van Geldrop WJ, Lucas-sen PLBJ. Beperking van het laboratoriumonderzoek door een probleemgeïntereerd aanvraagformulier. Een partiële implementatie van NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1994; 37: 464-6.
- 137 Zaat JOM. De macht der gewoonte. Over huisarts en zijn laboratoriumonderzoek [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1991. ■
- De volledige literatuurlijst is bij de auteur verkrijgbaar.
-

Wanneer trekt de Keizer echte kleren aan?

Literatuur

- 1 De Melker RA. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1973.
- 2 Engelsman C, Geertsema A. De kwaliteit van verwijzingen. [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
- 3 Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweede lijn [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1991. ■