



University of Groningen

## Samenwerking tussen huisarts en specialist - Wat vinden de patiënten en de dokters?

Berendsen, Annette

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2009

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Berendsen, A. (2009). Samenwerking tussen huisarts en specialist - Wat vinden de patiënten en de dokters?. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

---

## 9. Algemene beschouwing

In deze algemene beschouwing worden de resultaten van het onderzoek onder patiënten en dokters naar de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in samenhang bekeken en beschreven.

In dit proefschrift zijn kwalitatief en kwantitatief onderzoek gecombineerd. Kwalitatief onderzoek is geschikt om helderheid te scheppen in nauwelijks onderzochte, complexe multi-dimensionele concepten.<sup>1-3</sup> De selectiecriteria bij kwalitatief onderzoek zijn daarom anders dan bij kwantitatief onderzoek; de groepen zijn kleiner en zo divers mogelijk samengesteld.<sup>4,5</sup> De nadruk op het begrijpen van meningen en ervaringen maakt kwalitatief onderzoek geschikt als methode om sociale processen te begrijpen en dus in deze studie om knelpunten in de samenwerking te onderzoeken.<sup>2,6</sup>

Bij kwalitatief onderzoek worden naast observationeel<sup>7</sup> of documentonderzoek<sup>8</sup> verschillende interviewtechnieken gebruikt. Bij een semigestructureerd interview wordt een aantal vragen geformuleerd, waarbij de geïnterviewde veel ruimte heeft voor eigen inbreng. Open interviews, ook wel 'in depth' interviews genoemd, laten de geïnterviewde nagenoeg helemaal vrij. De interviewer gaat mee met datgene wat de geïnterviewde naar voren brengt. Interviews kunnen individueel of in groepsverband (focusgroep bijeenkomsten) worden afgenomen. In focusgroepen bespreken meerdere mensen bepaalde thema's met elkaar. Dit kan veel informatie opleveren, omdat men elkaar kan inspireren. Het gevaar van focusgroepen is dat niet iedereen evenveel aan het woord komt of dat deelnemers bepaalde zaken niet naar voren durven te brengen. Individuele interviews hebben dit nadeel niet. Ook wordt bij individuele interviews de mening van de geïnterviewde niet gekleurd door de mening van andere geïnterviewden. Omdat bij de dokters de individuele motieven en weerstanden belangrijk waren, hebben we hen individueel geïnterviewd. Bij de patiënten is gekozen voor focusgroepen omdat een bredere groep, waarvan de leden elkaar konden inspireren, wenselijk was.

Kwalitatief onderzoek is inventariserend en explorerend. Het is inductief, oftewel hypothesevormend. In deze studie vormden de gegenereerde hypothesen zo een basis voor het kwantitatieve (deductieve, hypothesetoetsende) onderzoek. In kwantitatief onderzoek worden de ontwikkelde hypothesen getoetst op hun juistheid en maakt men dus gebruik van steekproeven waarvan de samenstelling representatief is voor de te onderzoeken groep.

In deze algemene beschouwing wordt eerst het kwalitatieve en vervolgens het kwantitatieve onderzoek onder huisartsen en specialisten aan een nadere beschouwing onderworpen. Daarna wordt het kwalitatieve onderzoek onder patiënten besproken, gevolgd door het kwantitatieve onderzoek. De algemene beschouwing eindigt met conclusies en aanbevelingen voor onderwijs, onderzoek en de zorg.

Het onderzoek omvat de volgende vragen.

*Wat zijn de motieven en weerstanden bij huisartsen en specialisten om al dan niet een nieuwe samenwerkingsvorm aan te gaan?*

*Wat zijn de ervaringen en voorkeuren van huisartsen, specialisten en patiënten ten aanzien van de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijfn?*

*Zijn deze ervaringen van huisartsen, specialisten en patiënten valide te meten?*

Bij het kwantitatieve onderzoek onder de artsen en de patiënten zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld:

Doctors Opinions on Collaboration (DOC) vragenlijst voor huisartsen en specialisten; Consumer Quality index zorgketen (CQ-index zorgketen) voor patiënten.

## Onderzoek huisartsen en specialisten

### Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek onder huisartsen en specialisten had een tweeledig doel. Het eerste doel was om de motieven en weerstanden bij huisartsen en specialisten in kaart te brengen om een nieuwe samenwerkingsvorm aan te gaan. Het tweede doel was om de ervaringen en voorkeuren van hun huidige samenwerking te inventariseren. De bevindingen zijn schematisch weergegeven in tabel 1.

#### *Motieven en weerstanden*

Een aantal motieven om nieuwe samenwerkingsvormen aan te gaan, bleek zowel voor huisartsen als specialisten te gelden: het belang van de patiënt dienen, het ontwikkelen van een persoonlijke band tussen huisarts en specialist, wederzijdse inspiratie opdoen en het vergroten van de medische kennis van de huisarts.<sup>9,10</sup>

Vermeerdering van kennis op een bepaald specialistisch gebied is voor huisartsen geen duurzaam motief. Als een bepaald niveau van kennis is bereikt, richten huisartsen zich liever op een ander specialisme. Voor specialisten is kennisoverdracht wel een duurzaam motief. Zij willen de kennis van huisartsen graag actueel houden en hun enthousiasme voor het vak steeds blijven overdragen.

Voor huisartsen geldt voorts als motief het opbouwen van wederzijds respect en status en het vergroten van het inzicht van de specialist in de werkwijze en expertise van de huisarts.

Voor de specialist is de verwijzing een belangrijk motief om samen te werken. De specialist wil de toestroom van patiënten vergroten of verkleinen en een inhoudelijk goede verwijzing bevorderen. Dit laatste is ook een reden om de huisarts te onderwijzen.

De weerstanden tegen nieuwe samenwerkingsvormen die bij beide groepen naar voren kwamen, zijn: gebrek aan tijd, geen motivatie, geen geld, geen steun van collega's of geen steun van de andere partij. Ook hadden sommigen slechte ervaringen met eerdere initiatieven (te veel discussie, een te veeleisende organisatie, een te

gecompliceerd project). Daarnaast vonden huisartsen dat er te snel sprake is van eenrichtingverkeer (gedicteerd vanuit het ziekenhuis) en dat er soms projecten werden bedacht voor ziekten die in de huisartspraktijk te weinig voorkomen. Sommige specialisten vonden afspraken en richtlijnen te beperkend.

### *Ervaringen en voorkeuren*

Vooral huisartsen brachten nieuwe vormen van samenwerking naar voren. Een aantal voorstellen:

- het opzetten van een gezamenlijk consult voor complexe, ernstig zieke patiënten of voor patiënten met veel voorkomende problemen;
- het opzetten van multidisciplinaire poliklinieken voor ernstig zieke patiënten;
- gezamenlijke richtlijnen opstellen voor medicamenteuze therapie of voor chronisch zieken; dit laatste in samenwerking met verpleegkundigen (praktijkondersteuner in de huisartspraktijk en/of een gespecialiseerde verpleegkundige in het ziekenhuis).

Huisartsen en specialisten zeiden ook de conventionele samenwerking te willen verbeteren.

Men zou om het belang van de patiënt te dienen elkaar vaker moeten informeren. Huisartsen wensen informatie te krijgen bij ontslag uit het ziekenhuis, over ernstige ziekten en bij overlijden. Specialisten willen afspraken maken over de regie en informatie krijgen over tussentijdse behandelingen en overlijden. Er werden geen suggesties gedaan hoe dit vorm te geven.

Zowel huisartsen als specialisten bleken ontevreden over de wederzijdse telefonische bereikbaarheid. Het verschil in dagindeling tussen huisartsen en specialisten kan hierbij een rol spelen.

De specialisten beoordeelden de kwaliteit van de verwijsbrief van huisartsen als zeer wisselend. Specialisten willen over het algemeen een korte brief waarin een duidelijke vraag van de huisarts, het medicatiegebruik en de voorgeschiedenis van de patiënt zijn opgenomen. De vreselijke uitdraai van het dossier werd afgekeurd. De meningen van huisartsen over hun verwijsbrief verschillen ook zeer. Sommige huisartsen wensen geen energie te steken in een goede verwijsbrief omdat zij van mening zijn dat de specialist hun vraag toch niet beantwoordt. Anderen vinden de verwijsbrief een belangrijke vorm van communicatie die veel zorg vereist.

Huisartsen vinden dat het vaak te lang duurt voordat men de terugverwijsbrief van de specialist ontvangt. Zij willen ook graag een beknopte brief waarin zijn vermeld: de diagnose, de hulpdiagnostiek (lab en röntgen), wat er gebeurd is, wat met de patiënt besproken is en het vervolgbeleid. Het diagnostisch proces vindt men minder interessant tenzij dit een leerpunt bevat (feedback). Specialisten hebben de indruk dat hun brieven niet altijd worden gelezen door de huisarts, omdat de adviezen niet worden opgevolgd.

Veel van de geïnterviewde huisartsen en specialisten zeiden voorstander te zijn van een gezamenlijk elektronisch dossier.

Zowel huisartsen als specialisten zouden graag meer feedback ontvangen. Men is huiverig om elkaar feedback te geven en doet dit hooguit impliciet via de brief. Feedback aan elkaar geven via de patiënt wordt als een kunstfout gezien.

**Tabel 1 Resultaten kwalitatief onderzoek**

<b>Motieven om samen te werken</b>	<b>huisartsen</b>	<b>specialisten</b>
Belang van de patiënt	+	+
Persoonlijke band ontwikkelen	+	+
Wederzijds respect opbouwen (status)	+	-
Vergroting medische kennis huisarts	+	+
Vergroting inzicht specialist in expertise huisarts	+	-
Wederzijdse inspiratie	+	+
Patiëntenstromen vergroten of verkleinen	-	+
<b>Weerstand tegen nieuwe samenwerkingsvorm</b>		
Huidig niveau van samenwerken is uitstekend	+	-
Andere prioriteiten (privé of werk), geen motivatie, geen tijd	+	+
<b>Slechte ervaring met nieuwe modellen</b>		
Slechte voorbereiding	+	-
Veeleisende organisatie, te veel overleg en papierwerk	+	+
Gekozen patiëntcategorie komt weinig voor	+	-
Afspraken worden niet nagekomen	+	+
Cynische houding specialist	+	+
Collega's niet bereid tot continuering	-	+
Onvoldoende interesse bij huisartsen	-	+
Eenrichtingverkeer	+	-
Geen geld voor continuering	+	+
Geen honorering voor de tijdsinvestering	+	+
Gezamenlijke richtlijnen te dwingend	-	+
<b>Organisatie en communicatie huidige samenwerking</b>		
Elkaar vaker tussentijds berichten	+	+
Onvrede over elkaars telefonische bereikbaarheid	+	+
Kwaliteit verwijsbrief is wisselend	+	+
Terugverwijsbrief komt te laat bij huisarts	+	-
Huisarts volgt advies specialist niet op	-	+
Wens meer feedback te ontvangen	+	+
Huiverig om feedback te geven	+	+

### Kwantitatief onderzoek

Op basis van de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek werd een vragenlijst opgesteld, die door 264 huisartsen en 232 specialisten is ingevuld. Uit deze vragenlijst werd een instrument ontwikkeld dat de waardering van de samenwerking meet: de DOC (Doctors Opinions on Collaboration) vragenlijst. De afgenomen vragenlijst

bevat naast de 20 vragen van de DOC lijst ook vragen over de conventionele communicatie (telefoon en brief).

### *Meetinstrument: DOC vragenlijst*

De vragenlijst DOC bevat voor huisartsen en specialisten dezelfde vragen. Deze vragenlijst meet de waardering van de samenwerking op het gebied van Organisatie, Communicatie, Vakinhoud, Beeldvorming en Elkaar Kennen. Zoals te lezen is in hoofdstuk vier, hebben deze schalen een goede interne consistentie en correleren zij onderling weinig. Na analyse blijkt dat de schalen Organisatie, Vakinhoud, Beeldvorming en Elkaar Kennen duidelijk verschillende scores hebben voor groepen met verschillende kenmerken.

Specialisten hebben een positiever beeld van de organisatie van de samenwerking dan huisartsen (o.a. toegangstijd en wachtlijst).

Zowel huisartsen als specialisten scoren zeer hoog op de schaal Communicatie en hebben hiervan dus een positief beeld (o.a. telefonisch contact en wens voor feedback).

Huisartsen scoren significant positiever op de schaal Vakinhoud dan specialisten. Er is een significant verschil in scores tussen wel en geen opleiders. Opleiders scoren positiever op deze schaal (o.a. kwaliteit verwijzing en terugverwijzing verbeteren, van elkaar willen leren).

Specialisten scoren significant positiever op de schaal Beeldvorming dan huisartsen en hebben dus een zelfverzekerder beeld van zichzelf in de onderlinge relatie.

Huisartsen scoren significant positiever dan specialisten op de schaal Elkaar Kennen en hechten dus een groter belang aan het elkaar kennen. Ook bleek dat specialisten werkzaam in een academisch centrum niet alleen significant negatiever scoren dan huisartsen maar ook negatiever dan specialisten werkzaam in een perifere ziekenhuis.

### *Communicatie*

Specialisten vinden dat huisartsen telefonisch slecht bereikbaar zijn, maar huisartsen blijken daarover zelf een ander idee te hebben.

Specialisten vinden de kwaliteit van de verwijsbrief van de huisarts laag.

Slechts de helft van de huisartsen vindt dat de vraag in de verwijsbrief door de specialist wordt beantwoord. Specialist schatten dit veel hoger in.

De adviezen aan de huisarts in de terugverwijsbrief worden volgens de specialisten vaak niet opgevolgd. De huisartsen zijn het hiermee niet eens.

Nog geen kwart van de huisartsen vindt dat de terugverwijsbrief van de specialist op tijd komt. Specialist hebben daarover zelf merkwaardig genoeg een ander idee.

Hoewel beide partijen graag feedback van elkaar willen ontvangen, blijkt men dit in de praktijk weinig te geven.

Driekwart van de huisartsen en specialisten zijn voorstander van een gezamenlijk elektronisch dossier.

Huisartsen en specialisten willen dat specialisten een rol spelen in de bijscholing van huisartsen. Specialisten willen graag bijscholing geven aan een huisarts die zich wil bekwamen in een deelgebied van de geneeskunde (taakdifferentiatie). Een kwart van de huisartsen zou deze bijscholing willen ontvangen om zich te differentiëren.

## Reflecties

### *Motieven*

Eerder zijn zes factoren geformuleerd die van belang zijn bij samenwerking.<sup>11</sup> De eerste factor is doelinterdependentie. Met doelinterdependentie wordt bedoeld dat samenwerken de acceptatie van een gezamenlijk doel door een groep individuen veronderstelt. De doelen van de groepsleden kunnen op verschillende manieren afhankelijk zijn van elkaar. Wanneer één persoon zijn doel bereikt en de ander dat niet zal doen, spreekt men van een negatieve relatie. Bij een positieve relatie zal het bereiken van het doel van de één tot gevolg hebben dat een ander ook zijn doel bereikt. Een positieve relatie van de doelinterdependentie draagt bij aan een goede samenwerking. Twee andere factoren die bijdragen aan een goede samenwerking zijn een eerlijk beloningssysteem en 'accountability'. Men wil een beloning naar proportie van de individuele bijdrage en deze individuele bijdrage moet voor de groep herkenbaar zijn. Men wil wel verantwoordelijk zijn voor zijn eigen gedrag, maar niet voor dat van een ander. De vierde factor is groepsidentiteit (cohesie). Het lidmaatschap van een groep kan zorgen voor een solide basis voor samenwerking. Bovendien is de sociale cohesie binnen een organisatie een voorwaarde voor de bereidheid om in elkaar te investeren. Als vijfde factor wordt vertrouwen genoemd. Voor een goede samenwerking is het essentieel dat mensen vertrouwen hebben in de goodwill van anderen en de verwachting hebben dat de andere persoon wederkerig samenwerkt. Tot slot wordt de wijze van communicatie genoemd als factor van belang voor de samenwerking. Vooral informele contacten hebben een positieve invloed op samenwerken en hoe intensiever en frequenter de contacten zijn, des te beter de samenwerking verloopt.

Motieven van huisartsen en specialisten om een samenwerking aan te gaan, kunnen verschillen. Dit is geen probleem mits ze niet negatief zijn gerelateerd (doelinterdependentie). Motieven van huisartsen en specialisten moeten duidelijk zijn voor men aan een samenwerkingsproject begint. Als motieven van huisartsen en specialisten positief zijn gerelateerd (doelinterdependentie), maar geen duurzaam karakter hebben, kan men beter kiezen voor een project met een korte looptijd ofwel randvoorwaarden realiseren die continuïteit garanderen (financiering, ondersteuning). In dit onderzoek kwam gebrek aan vertrouwen - cynisme en gebrek aan draagvlak - duidelijk naar voren als een belemmerende factor voor samenwerking.

Elk nieuw model voor zorg moet aansluiten bij de behoeften en motieven van huisartsen en specialisten, die als autonome professionals goede zorg aan hun patiënten leveren. Een duurzaam effect lijken initiatieven te hebben die zich richten op het proces (kennismaking, contactmogelijkheden, feedback geven, respectvolle bejege-



ning, waardering beider expertise). Inhoudelijk gerichte initiatieven (patiëntcategorieën, bepaalde samenwerkingsvormen) lijken een goed, maar tijdelijk effect te hebben. Deze inhoudelijke initiatieven zijn vooral belangrijk als kapstok voor de eerste categorie initiatieven.

### *DOC vragenlijst*

Dat specialisten een gunstiger oordeel hebben op de schaal Organisatie van de DOC vragenlijst kan worden verklaard doordat veel vragen gaan over de toegang tot het specialistische traject. Het is begrijpelijk dat vooral huisartsen hierin verbeteringen willen zien.

Dat huisartsen hoger scoren op de schaal Vakinhoud bevestigt de bevindingen van ons kwalitatieve onderzoek. Specialisten hebben niet het idee dat ze veel kunnen leren van huisartsen. Huisartsen willen echter wel graag leren van specialisten. Het verschil in beeldvorming en status dat in het kwalitatieve onderzoek naar voren kwam wordt bevestigd. Specialisten en huisartsen zien elkaar niet als gelijken. De wens om elkaar te leren kennen is groot, maar blijkt minder te gelden voor specialisten werkzaam in een academisch centrum. In deze grotere organisaties is men vermoedelijk meer gericht op andere verwijzers (specialisten van perifere ziekenhuizen). Bovendien vergen complexere organisaties meer aandacht.

### *Communicatie*

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) heeft samen met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) in opdracht van de minister een onderzoek uitgevoerd naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsen.<sup>12</sup> Deze bereikbaarheid laat te wensen over. Dit onderzoek van de IGZ en NPCF was gericht op de bereikbaarheid voor patiënten. De bereikbaarheid van huisartsen laat volgens de specialisten in ons onderzoek ook te wensen over.

Uit de Zorgbalans 2008 van het RIVM blijkt dat de coördinatie tussen zorgverleners achterblijft.<sup>13</sup> De Nederlandse huisarts zou actiever moeten zijn bij de coördinatie van de zorg. Ook blijkt uit deze Zorgbalans dat de helft van de terugverwijsbrieven van de specialist pas na een maand in bezit van de huisarts is. De diagnose staat er vaak wel goed in, maar in de helft van de gevallen is het medicatie- en therapieplan voor de huisarts niet duidelijk. Huisartsen beoordelen de termijn waarop zij de brief van de specialist ontvangen ook als te lang.

In Nederland is momenteel een ontwikkeling gaande waarbij gebruik wordt gemaakt van digitaal verwijzen (Zorgdomein). Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de structuur van de verwijsbrief en de toegang tot het juiste specialisme. Dit project wordt gefinancierd door de ziekenhuizen. Uit ons kwalitatieve onderzoek bleek dat specialisten vooral energie willen steken in een goede verwijzing. Huisartsen hebben ook behoefte aan een goede terugverwijzing. Daar is echter weinig aandacht voor.

In dit onderzoek zijn zowel huisartsen als specialisten onderzocht. Hieruit blijkt dat de partij die verbeteringen zou moeten invoeren, vaak niet overtuigd is van de knelpunten. Dit is een grote belemmering voor verbeteringen. De genoemde knelpunten in de huidige communicatie (telefoon, brief) zijn immers al lange tijd bekend.

#### *Sterkte en zwakte*

Het kwalitatieve onderzoek onder specialisten is uitgevoerd in de provincie Groningen en het onderzoek onder huisartsen in heel Nederland. Alle deelnemers hebben de interviews als positief ervaren. De huisartsen en specialisten hebben zich vrijelijk geuit zoals bleek uit de transcripten. De kracht van het kwalitatieve onderzoek is de exploratieve opzet, waardoor de motieven duidelijk naar voren kwamen. Het is het eerste onderzoek in zijn soort.

De bevindingen in het kwalitatieve onderzoek zijn in het kwantitatieve onderzoek getoetst met uitzondering van de ervaren weerstanden en de mogelijke nieuwe vormen van samenwerking. De geformuleerde hypothesen werden bevestigd en genuanceerd. Het kwantitatieve onderzoek betreft een landelijk onderzoek; regionale verschillen zijn zeker mogelijk. Omdat huisartsen en specialisten dezelfde, weliswaar gespiegelde vragen kregen voorgelegd, kunnen de antwoorden van beide groepen met elkaar worden vergeleken. Wel betreft deze studie gerapporteerd gedrag en dus geen registratie of observatie.

De respons van 47% (huisartsen) en 44% (specialisten) is aan de lage kant. Wat betreft leeftijd, geslacht, duur van praktijkuitoefening, soort praktijk en dienstverband, betreft het echter een representatieve groep van de huisartsen en specialisten in Nederland.<sup>14,15</sup>

## Onderzoek patiënten

### Kwalitatief onderzoek

De resultaten staan vermeld in figuur 1. In deze figuur is de continuïteit van de zorgketen weergegeven. Voor dit onderzoek zijn de patiënten ingedeeld in drie verschillende soorten focusgroepen: patiënten met een chronische ziekte, patiënten met een behandelbare aandoening en patiënten met 'medically unexplained physical symptoms'- MUPS (in het Nederlands aangeduid met LOK- Lichamelijk Onverklaarde Klachten). Deze indeling is gemaakt omdat de ketenzorg voor deze typen patiënten verschillend is.

Patiënten brachten de behoefte om zelf te kiezen voor een zorgaanbieder (ziekenhuis, specialist) niet spontaan naar voren. Bij navraag zei men zelf kiezen moeilijk te vinden of dat men zich daarvoor te ziek voelde. De meesten vinden dat de huisarts een belangrijke rol speelt bij de verwijzing en een aantal patiënten zei de beslissing geheel aan de huisarts over te laten.

**Figuur 1 De zorgketen: voorkeuren van patiënten**



Een gangbare indeling van de continuïteit van zorg bestaat uit: continuïteit van informatie, management en van de relatie. De gevonden thema's worden volgens deze indeling besproken.

*Continuïteit van informatie*

Patiënten willen begrijpelijke informatie, op maat, het liefst van hun huisarts en geen tegenstrijdige informatie. In de ziekenhuissetting krijgen patiënten nogal eens tegenstrijdige informatie (vooral chronische patiënten en patiënten met MUPS). Sommige patiënten zeiden angstig te worden van te veel informatie. De behoefte aan hoeveelheid informatie verschilt. Het blijkt dat chronische patiënten het op prijs stellen informatie over hun ziekte te krijgen via de apotheek. Patiënten willen meer en betere informatie over het ontslagmoment na ziekenhuisopname en wat men kan verwachten na ontslag. Men mist nogal eens informatie over alarmsymptomen en over het weer hervatten van normale activiteiten.

*Management continuïteit*

Patiënten zeiden veel waarde te hechten aan voortgang door het systeem (een goede en vlotte verwijzing, snel worden gezien door de specialist). De brief van de specialist zou eerder bij de huisarts moeten arriveren.

*Continuïteit van de relatie*

Vrijwel alle chronische patiënten geven de voorkeur aan controles in de huisart-

spraktijk. Zij vinden empathie, informatievoorziening, voldoende tijd en continuïteit van de zorg het belangrijkste bij de controle van hun ziekte.

De geïnterviewde patiënten vinden het belangrijk dat huisartsen en specialisten hen serieus nemen en rekening houden met hun behoeften en die van hun omgeving. Wat dit betreft oordeelt men positiever over de huisarts dan over de specialist.

### **Kwantitatief onderzoek**

Op basis van de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek zijn twee vragenlijsten opgesteld volgens de systematiek van de Consumer Quality index (CQ-index). De eerste vragenlijst bevat vragen over zowel het belang dat patiënten hechten aan de geboden zorg als hun voorkeuren voor de zorg (belanglijst). De tweede vragenlijst bevat vragen over feitelijke ervaringen (ervaringlijst). Deze vragenlijsten werden door respectievelijk 513 en 1404 patiënten ingevuld. Uit de ervaringlijst werd een instrument ontwikkeld dat de waardering van de samenwerking meet: de Consumer Quality Index zorgketen (CQ-index zorgketen) vragenlijst.

Naast persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau is ook gevraagd naar psychologische kenmerken. De psychologische kenmerken van patiënten met betrekking tot assertiviteit, mastery, angst en depressie vormden na analyse twee schalen, die wij schaal Stevig en schaal Gestrest hebben genoemd. De schaal Stevig bevat vragen die betrekking hebben op assertiviteit en mastery. De schaal Gestrest bevat vragen die betrekking hebben op angst, depressie en zelfgerapporteerde gezondheid (gespiegeld).

#### *Meetinstrument: CQ-index zorgketen*

De vragenlijst Consumer Quality Index zorgketen (CQ-index zorgketen) bestaat uit 22 vragen en meet de ervaringen met de zorgketen op het gebied van Huisarts Bejegening, Huisarts Verwijzing, Specialist en Samenwerking. De verschillende schalen hebben voldoende interne consistentie en correleren onderling weinig. De schalen hebben duidelijk verschillende scores voor groepen met verschillende kenmerken.

Ouderen, lager opgeleiden, patiënten die hoger scoren op zelfgerapporteerde gezondheid, patiënten die op korte termijn waren verwezen en patiënten die in staat waren belangrijke zaken te bespreken, scoren positiever op diverse schalen. Patiënten scoren positiever op Huisarts Bejegening dan op Specialist.

#### *Kiezen voor zorgaanbieder*

Bijna alle patiënten willen een advies van de huisarts voor een verwijzing en zelfs een kwart wil dat de huisarts voor hen beslist. Dit laatste geldt vooral voor ouderen, lager opgeleiden en patiënten die lager scoren op schaal Stevig. Dat in de praktijk de huisarts voor een hoger percentage patiënten (33%) beslist, komt waarschijnlijk doordat patiënten die met spoed worden verwezen, niet de tijd of de behoefte hebben om zelf te beslissen.

Driekwart van de patiënten wil zelf kiezen, maar dan wel voor een ziekenhuis dichtbij of op basis van eigen ervaring en die van familie en vrienden. Dit geldt nog sterker voor ouderen. Patiënten met kanker hebben in de praktijk vooral een ziekenhuis dichtbij gekozen.

Om te kiezen wil 14% gebruik maken van informatie uit krant of internet. Dit betreft vooral patiënten met een behandelbare aandoening en patiënten tussen de 25 en 65 jaar, die hoger zijn opgeleid en hoger scoren op de schaal Stevig.

### *Informatie over ziekte of behandeling*

Er is een duidelijk verschil in behoefte aan de hoeveelheid informatie. Jongeren, ouderen en patiënten met een lagere opleiding willen vaker dan de anderen slechts praktische informatie. Ook als men lager scoort op de schaal Stevig wil men vaker alleen praktische informatie. De apotheek als informatiebron wordt vooral door chronisch zieken genoemd.

Oudere patiënten (eventueel met hulp van anderen) en lager opgeleiden maken significant minder gebruik van internet als informatiebron.

Ruim de helft van de patiënten beoordeelt de informatieoverdracht tussen specialisten onderling als onvoldoende. Van de patiënten gaf een vijfde dan ook aan tegengestrijdige informatie te hebben ontvangen van verschillende specialisten.

Patiënten willen meer informatie bij ontslag na opname uit het ziekenhuis.

Patiënten willen vaker contact met de huisarts na de terugverwijzing door de specialist dan in feite gebeurt, hoewel achteraf gezien veel patiënten contact niet nodig vonden.

## **Reflecties**

### *Zorgketen en zelf kiezen*

Recent is een artikel verschenen over de verschillende soorten ketenzorg: het dienstenmodel voor chronisch zieken (patiënt is zelfstandige deelnemer), het kluwenmodel voor de complexe patiënt en het transfermodel voor de patiënt met een behandelbare aandoening.<sup>16</sup> Dit ondersteunt onze indeling voor de drie verschillende groepen patiënten (chronische ziekte, behandelbare aandoening, MUPS). Er was geen verschil tussen de drie groepen patiënten over het belang van continuïteit. Elke groep vindt wel een ander soort continuïteit (informatie, management en relatie) belangrijker. In het kwantitatieve onderzoek zijn niet veel verschillen gevonden tussen de drie patiëntengroepen.

Wel willen patiënten met een behandelbare aandoening vaker gebruik maken van informatie uit krant of internet bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Dit sluit aan bij gebruikersonderzoek van vergelijkingssites. Hieruit blijkt dat men vooral informatie vraagt die betrekking heeft op electieve ingrepen zoals heup, knie, cataract en cosmetische operaties. Een dergelijke ingreep is een eenmalige interventie die weinig specifieke nazorg vereist. Een electieve ingreep heeft dus ken-

merken van een afgegrensd product waarbij de consument kan kiezen op basis van informatie over prestaties. De zorg voor de meeste gezondheidsproblemen vertoont die gelijkenis niet. Zorgen is een proces en als een ziekte chronisch is, komt er aan dat proces geen einde. In de alledaagse zorgpraktijk komt het er op aan om met ieder individu steeds opnieuw klachten en problemen op een rij te zetten en na te gaan hoe de gezamenlijke zorg (van hulpverleners, medicijnen, apparatuur, omgeving en de persoon zelf) het best valt in te richten.<sup>17</sup>

Bovendien zou zelf kiezen een mooi ideaal zijn, maar alleen voor wie ertoe in staat is. Zieke mensen zijn dat maar al te vaak niet.<sup>18</sup>

Daarnaast worden we overladen met keuzes en niet alleen in de gezondheidszorg. Meer keuzes hebben, betekent meer mogelijkheden, maar ook meer twijfel. Steeds kan men zich weer afvragen of er misschien nog betere mogelijkheden waren geweest. Een overvloed aan keuzemogelijkheden lijkt een groot goed, maar kan als last worden ervaren.<sup>19</sup> Kiezen kost dus veel tijd. Bij zelf kiezen, blijken weinig mensen bijster goed in het maken van keuzes te zijn. Uit onderzoek bleek dat mensen die konden kiezen uit een breed aanbod van pensioenvoorzieningen gemiddeld slechtere keuzes maakten dan zij die een goed aanbod kregen maar de mogelijkheid kregen te weigeren.<sup>20</sup> Gepleit wordt wel voor zachte sturing (soft paternalisme) van mensen in een richting waarin ze beter af zijn terwijl ze keuzevrijheid houden.<sup>21,22</sup> De massale overstap naar een nieuwe zorgverzekeraar bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel is hier waarschijnlijk op gebaseerd. Veel patiënten kozen voor de collectieve verzekering die werkgevers aanboden. De geplande selectieve zorginkoop van zorgverzekeraars is ook op dit principe gebaseerd. Hierbij kan men zich afvragen wat de consequenties zijn voor patiënten als ze niet ingaan op deze regeling. Wat gebeurt er als men niet in een door de zorgverzekeraar aangewezen ziekenhuis wil worden geopereerd? Is de verzekering dan nog op maat en betaalbaar? Het gevaar is dat een vorm van paternalisme ontstaat dat niet soft is.

Zelf kiezen bevordert de autonomie van de patiënt. Er zijn bewijzen dat het publiek maken van kwaliteitsvergelijkingen de uiteindelijk geleverde kwaliteit van zorg verbetert. Er zijn echter geen aanwijzingen dat patiënten, verwijzers of inkopers dergelijke informatie gebruiken in hun keuzeprocessen.<sup>23</sup>

Slechts weinig mensen geven in dit onderzoek aan op basis van publieke informatie te willen kiezen. Het profiel van deze kleine bewust kiezende groep patiënten is dat van een volwassen patiënt die hoger opgeleid is, stevig in zijn schoenen staat en een behandelbare aandoening heeft. Dit profiel lijkt overeen te komen met het profiel van beleidsmakers in de zorg (politici, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, onderzoekers). Het gevaar bestaat dat ontwikkelingen worden bevorderd waarbij deze beleidsmakers zich te veel richten op wat zij zelf zouden willen in de rol van patiënt.

Het verstrekken van prestatiegegevens van verschillende zorginstellingen lijkt dus geschikt voor een beperkte groep patiënten met een beperkt aantal gezondheidsproblemen. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het ontwikkelen en presenteren van deze gegevens.

### *Sterkte en zwakte*

De hypothesen uit het kwalitatieve onderzoek zijn getoetst in het kwantitatieve onderzoek. Een sterk punt van deze studie is de keuze voor twee vragenlijsten. De ene vragenlijst (belanglijst) heeft betrekking op wat patiënten wensen en belangrijk vinden. De andere vragenlijst (ervaringlijst) betreft vragen over feitelijke ervaringen. De respons op de vragenlijst was goed: 69% voor de belanglijsten (n=513) en 65% voor de ervaringlijsten (n= 1404). Behalve de relatieve oververtegenwoordiging van ouderen en ondervertegenwoordiging van jongeren komt onze onderzoekspopulatie overeen met de non-respondenten en de Nederlandse bevolking. De vragenlijst is verspreid via de huisartspraktijken. Wij hebben niet de indruk dat dit heeft geleid tot bias, omdat patiënten de vragenlijst ook gebruikten om zowel hun onvrede als hun tevredenheid over huisarts of specialist te uiten.

De onvrede die sterk naar voren kwam in het kwalitatieve onderzoek bij ontslag na opname in het ziekenhuis bleek waar voor 16% van de patiënten. De terugverwijzing door de specialist bleek voor veel patiënten niet goed te beoordelen. De hypothese dat het internet voor ouderen met de hulp van anderen even vaak wordt gebruikt, is onjuist gebleken. De overige hypothesen geformuleerd in het kwalitatieve onderzoek werden bevestigd. Het belang van een vlotte voortgang door het systeem leek ondergeschikt aan de andere bevindingen. De verschillen tussen patiënten met verschillende aandoeningen bleken gering. De studie laat zien dat ervaringen van patiënten die kunnen worden getoetst, beperkt zijn tot vragen die betrekking hebben op de bejegening van artsen en hun vermogen de patiënt te informeren en te betrekken bij het te voeren beleid.

## **Conclusies**

De in dit onderzoek ontwikkelde vragenlijsten DOC (Doctors Opinions on Collaboration) en CQ-index zorgketen (Consumer Quality Index zorgketen) kunnen belangrijke instrumenten zijn om beleidsmakers en professionals gerichte feedback te geven. Zo wordt de mogelijkheid geboden verbeteringen te bewerkstelligen. Deze verbeteringen kunnen de samenwerking faciliteren, het werkplezier van de professionals vergroten en vooral een betere zorg voor de patiënt opleveren. Als nieuwe samenwerkingsvormen worden gestart tussen huisartsen en specialisten moet rekening worden gehouden met de behoeften en belangen die deze professionals hebben. Ook dient men rekening te houden met de redenen waarom zij niet willen veranderen.

Als de resultaten van de dokters en patiënten met elkaar worden vergeleken, valt op dat er alleen overeenkomsten zijn tussen huisartsen en patiënten. De belangen van huisartsen en patiënten liggen vooral op het gebied van continuïteit van zorg. Zij willen beiden goede informatie na ontslag uit het ziekenhuis en bruikbare terugrapportage van de specialist die op tijd arriveert en concrete informatie bevat. Patiënten hebben ook belang bij een vlotte verwijzing.

Het belang van specialisten lijkt vooral te liggen op het gebied van de verwijzing: zowel het aantal verwijzingen als de kwaliteit van de verwijzing is belangrijk (volume en kwaliteit).

Een verwijzing heeft impact op het functioneren van patiënten. Veel patiënten zeggen dat het belangrijk is over voldoende assertiviteit te beschikken. Ook de omgeving van patiënt heeft vaak informatie en steun nodig.

Patiënten willen informatie op maat over hun ziekte en geen tegenstrijdige informatie. Zorgverleners moeten rekening houden met een groot verschil in behoefte aan de hoeveelheid informatie tussen patiënten. Als men minder stevig in zijn schoenen staat, wil men vaker alleen praktische informatie. Dit sluit aan bij de bevindingen in het kwalitatieve onderzoek dat sommige patiënten angstig werden van veel informatie. Dit is mogelijk vooral de groep die de huisarts als informatiebron wenst. Immers veel meer patiënten willen informatie van de huisarts ontvangen dan in feite gebeurt. De apotheek zou haar positie als informatiebron kunnen verbeteren. Dit geldt vooral voor chronisch zieken, die immers regelmatig in de apotheek komen voor herhaalreceptuur.

Over het algemeen willen patiënten niet kiezen voor een zorgaanbieder op basis van keuze- ondersteunende informatie. Zij willen advies van hun huisarts. Als men zelf wil kiezen, kiest men voor een ziekenhuis dichtbij of op basis van eigen ervaring. In tegenstelling tot wat huidige beleidsmakers vermoeden, staat het zelf kiezen binnen de gezondheidszorg niet hoog op de agenda van patiënten.

## **Aanbevelingen voor onderwijs**

Huisartsen zien graag dat specialisten beter zicht krijgen op de manier van werken van huisartsen. Specialisten hebben daar niet veel behoefte aan. Daarom is het aan te bevelen tijdens de opleiding tot medisch specialist en huisarts aandacht te besteden aan deze uitwisseling om later voordeel te hebben van deze socialisatie.

Assistenten in opleiding tot medisch specialist en huisarts zouden met elkaar een aantal dagdelen kunnen meelopen aan de hand van gerichte opdrachten. Medisch specialisten in opleiding zouden zo inzicht kunnen krijgen in de veelzijdigheid, het belang van contextuele informatie en de a priori kans van ziekten in de huisartspraktijk.

Naast compagnoncursussen (medische contactdagen) voor specialisten van een heel ziekenhuis met regionale huisartsen zouden ook per vakgebied gezamenlijke cursussen kunnen plaatsvinden. Vooraf kunnen huisartsen en specialisten met elkaar een dagdeel meelopen (kijken in elkaars keuken) waarbij leerdoelen worden bepaald. Tijdens (rondom) deze cursus kan men afspraken maken voor de zorg (telefonische



bereikbaarheid en briefwisseling), voor onderzoek, onderwijs en het geven van feedback (training).

Het Gezamenlijk Consult (Maastrichtse carrouselmodel) is een goede vorm van samenwerken.<sup>24-26</sup> De huisarts ontvangt onderwijs en de specialist leert van de huisarts over diens manier van werken. Na een jaar wordt van specialisme gewisseld zodat het leereffect voor de huisarts maximaal blijft. Daarnaast is het een goede manier om elkaar te leren kennen. Dit Gezamenlijk Consult zou in meer regio's moeten worden gestart.

Een kwart van de huisartsen zegt te voelen voor taakdifferentiatie naast hun generalistisch werk. Dat is gezien het aantal in Nederland werkzame huisartsen een groot aantal. Dit onderstreept het belang van de kaderopleidingen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De toegankelijkheid van deze kaderopleidingen zou gemakkelijk moeten zijn en het onderwerp vraaggericht. Tot op heden zijn de kaderopleidingen vooral aanbodgericht. Het is belangrijk op deze wens te anticiperen in de huisartsopleiding door aios de gelegenheid te geven zich te differentiëren.

Patiënten komen in het huidige onderwijs regelmatig aan het woord. Zij vertellen dan echter meestal over hun symptomen en ziekte. Bij de presentatie van het verhaal van de patiënt zou meer aandacht kunnen zijn voor het zorgproces en hoe patiënten dit hebben ervaren. Niet alleen het verhaal van patiënten, maar ook het verhaal van hun naasten is van belang.

### **Aanbevelingen voor onderzoek**

De voorkeuren voor verschillende nieuwe samenwerkingsvormen onder dokters zijn nog niet kwantitatief onderzocht evenmin als de weerstanden tegen deze nieuwe vormen.

Een verrassend hoog aantal huisartsen en specialisten is voorstander van een gezamenlijk elektronisch dossier. Bij dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende mogelijkheden van een gezamenlijk medisch dossier (inzage, mogelijkheid voor aantekeningen, gezamenlijk journaal). Dit zou met nieuw onderzoek gespecificeerd moeten worden.

De validering van de ontwikkelde meetinstrumenten (DOC vragenlijst en CQ-index zorgketen) moet worden gecompleteerd met gegevens over de test-hertest betrouwbaarheid, responsiviteit en bepaalde aspecten van de construct validiteit. Om met de CQ-index zorgketen te kunnen vergelijken tussen verschillende regio's (ziekenhuizen) is ook een multivariate analyse nodig.

De psychologische kenmerken van patiënten met betrekking tot assertiviteit, maste-

ry, angst en depressie vormen de schalen schaal Stevig (assertiviteit en mastery) en Gestrest (angst, depressie en zelfgerapporteerde gezondheid). De schaal Stevig discrimineert op verschillende gebieden. Ter validatie is voor deze schaal verder onderzoek nodig. De schaal Gestrest discrimineert niet op voorkeuren of ervaringen. Verder onderzoek zal moeten aantonen welk concept aan deze schaal ten grondslag ligt.

Veel patiënten ervaren de informatieoverdracht tussen specialisten onderling als onvoldoende. Een vijfde deel van de patiënten die met meerdere specialisten in aanraking is geweest, heeft tegenstrijdige informatie gekregen. De samenwerking tussen specialisten onderling en hun arts-assistenten heeft mogelijk extra aandacht nodig. Dit vereist nader onderzoek.

## Aanbevelingen voor de zorg

Voordat men een nieuw samenwerkingsproject gaat starten, is het aan te bevelen de volgende vragen te beantwoorden:

- wat is het voordeel voor de patiënt?
- wat is het voordeel voor de dokter?
- welke motieven bestaan er?
- zijn deze motieven duurzaam of niet?

Daarnaast zullen de volgende tips de slaagkans vergroten:

- creëer draagvlak;
- begin met één patiëntcategorie;
- werk met korte lijnen;
- zorg voor weinig papierwerk en voldoende ondersteuning;
- zorg voor balans tussen honorering en tijd.

De koepelorganisaties (NHG en Orde van Medisch Specialisten) zouden richtlijnen moeten opstellen voor zowel de digitale verwijsafspraken als voor de verwijsbrief en de terugverwijsbrief. Op deze landelijke voorstellen zijn regionale aanpassingen mogelijk. Bij perifeer opgestelde afspraken, zonder een landelijke voorzet, is de huisarts vaak niet toegerust de beroepsgroep te vertegenwoordigen.<sup>10</sup> In een dergelijk format zou een prominente plaats moeten worden ingeruimd voor de vraag van de huisarts in de verwijsbrief en voor het antwoord op deze vraag en eventuele adviezen aan de huisarts in de terugverwijsbrief.

Huisartsen en specialisten zouden met elkaar in overleg moeten gaan hoe men feedback kan uitwisselen. Een mogelijkheid is om in de brieven een aparte ruimte te creëren voor het geven van feedback.

De bestaande Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) ontwikkeld door het NHG en de beroepsverenigingen van medisch specialisten zijn weinig bekend, weinig concreet, worden nauwelijks toegepast en ook niet verder ontwikkeld. In zijn afscheids-

rede propageerde Thomas om de huidige NHG-standaarden uit te breiden met vignetten waarin evidence-based evaluaties staan van behandelingen in de tweedelij. <sup>27</sup> Wil de huisarts een goede gids zijn voor de patiënt dan kan hier nog meer aan worden toegevoegd. Ook de terugverwijzing en het te volgen beleid na specialistische behandeling zou in dezelfde standaard een plaats moeten krijgen. De NHG-standaarden zijn in tegenstelling tot de LTA's immers bekend, vertrouwd en toegankelijk.

Het contact met de huisarts na de terugverwijzing door de specialist kan worden verbeterd, hoewel achteraf gezien veel patiënten contact niet nodig vonden. Het is daarom aan te raden dat huisarts en patiënt al bij de verwijzing afspraken maken hoe zij het onderling contact zullen vormgeven na de terugverwijzing.

De telefonische bereikbaarheid van de huisarts moet verbeteren en de terugverwijsbrief van de specialist moet eerder bij de huisarts arriveren. Telefooncentrales van ziekenhuizen moeten beschikken over de nummers van de overleglijn in de praktijk en de mobiele telefoon van huisartsen. De bedoeling is niet dat deze centrales de nummers aan derden doorgeven maar wel dat zij collega's kunnen doorverbinden. Specialisten moeten hierover worden geïnformeerd.

De telefonische bereikbaarheid van de huisarts en de termijn waarop de huisarts de brief van de specialist ontvangt, zouden aangemerkt kunnen worden als prestatie-indicatoren.

De hypothese uit het kwalitatieve onderzoek dat de informatiebehoefte van patiënten over hun ziekte sterk varieert, wordt bevestigd. Het is voor zorgaanbieders belangrijk rekening te houden met deze verschillen in behoefte. Bij het ontwikkelen van foldermateriaal is het ook belangrijk hiermee rekening te houden. Men zou informatie getrapd kunnen aanbieden. Het eerste deel bestaat uit uitsluitend praktische informatie en het tweede deel uit achtergrondinformatie.

Er zijn veel folders over ziekten en de voorbereiding op een onderzoek terwijl foldermateriaal over mogelijke problemen na ontslag uit het ziekenhuis ontbreekt. Het ontwikkelen van dit foldermateriaal is dan ook aan te raden.

De patiënten die contact hebben met patiëntenverenigingen, zijn hierover zeer tevreden. Patiënten die nooit contact met patiëntenverenigingen hadden, bleken vol vooroordelen. Patiëntenverenigingen zouden meer aandacht kunnen besteden aan de rol die zij voor patiënten kunnen spelen.

De hypothese uit het kwalitatieve onderzoek dat de huisarts een belangrijke rol speelt als adviseur bij de verwijzing bleek juist. Het is belangrijk deze beroepsgroep goed te informeren over prestaties van ziekenhuizen. Hierbij moet de huisarts onderscheid kunnen maken tussen eigen opvattingen en objectieve informatie.

## Literatuur

- 1 Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract* 1996; 13:522-525.
- 2 Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:148-152.
- 3 Kuper A, Reeves S, Levinson W. Qualitative research - An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ* 2008; 337:404-407.
- 4 Lingard L, Albert M, Levinson W. Qualitative research - Grounded theory, mixed methods, and action research. *BMJ* 2008; 337:459-461.
- 5 Kuper A, Lingard L, Levinson W. Qualitative research - Critically appraising qualitative research. *BMJ* 2008; 337:687-689.
- 6 Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research - Why use theories in qualitative research? *BMJ* 2008; 337:631-634.
- 7 Reeves S, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research - Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ* 2008; 337:512-514.
- 8 Hodges BD, Kuper A, Reeves S. Qualitative research - Discourse analysis. *BMJ* 2008; 337:570-572.
- 9 Berendsen AJ, Benneker WHGM, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPJ, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists – a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:155.
- 10 Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:4.
- 11 Chen CC, Xiao-Ping C, Meindl JR. How Can Cooperation Be Fostered? The Cultural Effects of Individualism-Collectivism. *The Academy of Management Review* 1998; 23:285-304.
- 12 Telefonische bereikbaarheid huisartsen moet beter. *Medisch Contact* 2008; 63:1488.
- 13 Zorgbalans. RIVM . 2008. Ref Type: Internet Communication
- 14 Muysken J, Kenens RJ, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2006*. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 15 Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en Advies 2005 voor de initiele opleiding geneeskunde*. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2005.
- 16 Donkers ECCM, Bras A, Dingenen van ECM. Ketens met karakter. *Medisch Contact* 2008; 63:822-824.
- 17 Mol A. *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep, 2006.
- 18 Trappenburg M. *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2008.
- 19 Schwartz B. *De paradox van keuzes. Hoe teveel een probleem kan zijn*. Houten: Het Spectrum, 2004.
- 20 Thaler RH, Benartzi S. Save More Tomorrow (TM): Using behavioral economics to increase employee saving. *Journal of Political Economy* 2004; 112:S164-S187.

- 21 Norheim OF. Soft paternalism and the ethics of shared electronic patient records - It's ethically sound for patients to opt out. *BMJ* 2006; **333**:2-3.
- 22 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; **267**:2221-2226.
- 23 Groenewoud AS, Kreuger L, Huijsman R. *Keuzevrijheid, Keuzemogelijkheden en Keuze-ondersteuning in de Gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw, 2006.
- 24 Schulpen GJ, Vierhout WP, van der Heijde DM, Landewe RB, Winkens RA, van der Linden S. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? *Ann Rheum Dis* 2003; **62**:159-161.
- 25 Vierhout WPM, Knottnerus JA, Vanooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh-megens AMK, Beusmans GHMI. Effectiveness of Joint Consultation Sessions of General-Practitioners and Orthopedic Surgeons for Locomotor-System Disorders. *Lancet* 1995; **346**:990-994.
- 26 Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JJF, Winter J, Wesselingh-Megens AMK, Crebolder HFJM. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; **53**:108-112.
- 27 Thomas S. Wetenschap in de huisartsenpraktijk, een nieuwe toepassing. *Huisarts Wet* 2008; **51**:378-380.