

2497

α

# Grondvoorwaarde samenwerking

Als het in onze gezondheidszorg goed wil gaan, zal aan een groot aantal voorwaarden moeten worden voldaan; enkele hiervan zijn reeds in deze kolommen en elders in Medisch Contact aan de orde geweest. Dit geldt ook voor de samenwerking tussen specialist en huisarts, waarop thans nog eens wordt ingegaan naar aanleiding van een inventarisatie over die samenwerking in de regio Gouda. Mw. M. A. A. Swinkels en L. Lodewick brengen in dit nummer (blz. 205) over deze inventarisatie verslag uit.

Opnieuw blijkt dat ondanks de goede wil van beide zijden de samenwerking tussen specialist en huisarts fundamentele tekorten vertoont; deze tekorten belemmeren in het bijzonder de continuïteit in de zorg voor patiënten. In werkelijkheid betekent een verwijzing naar een specialist een tijdelijke en soms zelfs blijvende overdracht van de zorg voor een patiënt. Van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de behandeling komt niet veel terecht. Uit de inventarisatie blijkt dat communicatie over de patiënt in hoofdzaak via verwijzen en ontslagbrief plaatsvindt.

Spreekt men Amerikaanse artsen, dan blijken zij verbaasd te zijn over de scherpe grens die bij ons tussen de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg wordt getrokken. Niet weinig Amerikaanse huisartsen, vooral in de periferie, hebben ook de mogelijkheid patiënten in het ziekenhuis te behandelen. Ook in Engeland vindt men daar nog iets van: in de 'cottage-hospitals' worden patiënten in hoofdzaak door huisartsen behandeld. Anderzijds zijn veel artsen die in de VS als huisarts functioneren opgeleid tot specialist; zij verrichten hun werk als zodanig extramuraal, maar functioneren tevens als huisarts. Het gevolg van deze situatie is, dat de scheiding tussen eerste en tweede lijn minder scherp is dan bij ons. Huisarts en specialist zijn daar echter elkaars concurrent, wat bij ons door de duidelijke scheiding van werkterreinen veel minder het geval is.

De scheiding van werkterreinen tussen specialist en huisarts staat wel de continuïteit van de zorg in de weg. Dit blijkt ook uit het verslag van Swinkels en Lodewick. Zelfs onder qua schaalgrootte relatief ideale omstandigheden: zeventig huisartsen die met twee ziekenhuizen samenwerken, vormt de informatieuitwisseling van huisarts en specialist een van de belangrijkste knelpunten. Als dat al zo moeilijk blijkt te zijn in een betrekkelijk kleine gemeen-

**J. C. van Es**  
**Samenwerking tussen huisarts en specialist: een kwestie van willen**

schap, waar men elkaar min of meer kent, hoe groot moet dit probleem dan wel niet zijn in de grote steden. De scherpe scheiding van de werkterreinen heeft ook tot gevolg dat huisartsen onvoldoende inspelen op de behoeften van specialisten: zij geven over het algemeen onvoldoende voor de specialist relevante informatie. Daar staat tegenover dat specialisten vaak onvoldoende antwoord geven op door de huisartsen gestelde vragen. Allemaal tekenen van non-communicatie.

Door het verschil in werksituatie en werkwijze, het verschil in problemen waarvoor huisartsen en specialisten zich gesteld zien, en het verschil in verwachtingen die ten opzichte van beide categorieën artsen worden gekoesterd, zijn er twee werelden binnen de geneeskunde ontstaan die niet op een functionele wijze met elkaar communiceren. Door het ontbreken hiervan is men geneigd zich in eigen kring op te sluiten, dáár de vraagstellingen te laten ontstaan en dáár de oplossingen te zoeken. Deze ontwikkeling is zeer schadelijk en staat een constructieve verbetering van de gezondheidszorg in de weg. Met name wordt het streven naar een accentverlegging naar de eerstelijnsgezondheidszorg hierdoor geblokkeerd.

Hoe het zover kon komen is iedereen wel bekend. Ongetwijfeld heeft het honoringsstelsel hierop grote invloed gehad, maar dit is niet de enige factor. De toemende technologische mogelijkheden vergen voor een optimale benutting een specifieke setting: het ziekenhuis. De toenemende vragen op psychosociaal gebied vergen een andere setting: het eerstelijnssteam. Als het accent meer op de eerstelijnsgezondheidszorg moet worden gelegd, kan dit slechts door een betere samenwerking van eerste en tweede lijn. Slechts dan kan een overdracht van taken plaatsvinden zonder dat voor kwaliteitsverlies hoeft te worden gevreesd.

Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg vergt een organisatorische grondslag. De los-vaste relatie die

nu bestaat is daarvoor niet voldoende. Huisartsen zullen slechts met een beperkt aantal specialisten kunnen communiceren, specialisten met een beperkt aantal huisartsen. Een logische conclusie lijkt, dat een aantal huisartsen met één ziekenhuis samenwerkt. In de praktijk blijkt dat in de regio Gouda nogal veel voor te komen.

Overleg kost tijd. Specialisten met een lange werkweek en huisartsen met een grote praktijk zullen daar niet toe kunnen komen: dat is een irreële verwachting. Het valt te betreuren dat in de werktijdverkorting voor specialisten annex het scheppen van plaatsen voor jonge specialisten nog zo weinig schot zit, en evenmin in een effectieve praktijkverkleining voor huisartsen. Als eenmaal deze maatregelen hun beslag zullen hebben gekregen, dan ontstaat de mogelijkheid voor een gezamenlijk overleg, wellicht ook voor het ouderwetse, maar zo waardevolle consult ten huize van de patiënt.

Ook al is aan deze en andere organisatorische voorwaarden voldaan, dan nog is dat geen voldoende garantie voor een goede samenwerking. De grondvoorwaarde daarvoor is de *wil tot samenwerking*. Deze wil moet zich om te beginnen uiten in een wederzijdse erkenning van elkaars deskundigheid en in het schenken van waardering daarvoor. Voorwaarde is dan wel dat men inzicht heeft in elkaars werk. Tijdens opleiding en nascholing zal dat inzicht moeten worden verworven.

Veel ingrijpender is de verandering van de inhoud van het werk, die de samenwerking met zich zal meebrengen. De specialist zal meer moeten overdragen aan de huisarts. De nadruk op de consultatieve taken van de specialist zal groter worden; voor velen zal dit een psychologische omkering betekenen. De huisarts zal meer taken op zich moeten nemen aan het ziekbed; dit betekent evenzeer een psychologische omkering: samenwerking binnen de eerste lijn blijft nodig, maar zal relatief minder aandacht krijgen. Er is echter niet alleen sprake van een psychologische omkering: huisartsen zullen ook in staat moeten zijn taken van specialisten over te nemen. Dit vergt kennis en vaardigheden: de huisarts zal moeten werken aan een permanente vergroting van zijn deskundigheid op deze terreinen. Het beroep van huisarts zal van een betrekkelijk vrijblijvende invulling van taken moeten worden omgevormd tot een vervulling van een voor patiënten en specialisten zichtbaar takenpakket. ■