

Samenwerking 7088 huisartsen-specialisten

Tal van ziekenhuizen hebben vorig jaar iets te vieren gehad: een eeuwfeest of ander lustrum, het in gebruik nemen van een nieuw gebouw. Niet zelden liet men deze gebeurtenissen vergezeld gaan van een symposium, waar de samenwerking van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg nogal eens als thema op het programma prijkte. De belangstelling daarvoor is de laatste paar jaar snel gegroeid.

Bij huisartsen was die belangstelling er al vele jaren: enerzijds bestond er een al of niet verholen ergernis dat de (super)specialistische geneeskunde door een zich steeds vernieuwend aanbod patiënten aantrok, anderzijds werd het gemak ervaren dat een als problematisch beleefde patiënt in principe altijd kon worden verwezen. Een ambivalent gekleurde relatie derhalve met specialisten, die enerzijds concurrent, anderzijds helper zijn. De ene huisarts vreesde eerder de concurrentie, voor de andere huisarts stond de hulprelatie meer op de voorgrond. De behoefte aan afgrenzing enerzijds en samenwerking anderzijds was ten dele een weerspiegeling van die uiteenlopende gevoelens.

Bij specialisten groeit de belangstelling voor samenwerking ook, terwijl vroeger het afgrenzen een dagelijkse gewoonte was. Ongetwijfeld spelen in deze verandering enkele factoren een belangrijke rol. Het lijkt erop dat het verwijzen van patiënten wat ver is doorgeschoten. Ogen-schijnlijk leverde dit voorheen specialisten, vooral materieel, wel voordelen op, maar op den duur kon het niet uitblijven dat hulpverlening aan patiënten die in wezen bij de huisarts thuishoren toch verlegenheid en ergernis zou oproepen. Vroeger werd de pil verguld door de toenemende honorering; nu wordt die pil minder aantrekkelijk door de bekende maatregelen van budgetfinanciering en degressieve honorering.

Het is vrij evident dat de belangen van huisartsen en specialisten, die voorheen in een aantal opzichten controversieel konden zijn, nu veel meer parallel gaan lopen. Nog steeds is het ongedifferentieerde abonnementssysteem voor huisartsen in dit opzicht een belemmering en geen aansporing om zelf meer patiënten onder eigen hoede te houden of terug te brengen. Dát moet onder de huidige omstandighe-

J. C. van Es
Effectieve
kleinschalige samenwerking
onmogelijk zonder
stimulerende
financieringsstructuur

den door andere mechanismen dan financiële prikkels worden bewerkstelligd: het invullen van een beroepsbeeld dat men van de huisarts heeft.

In dit nummer van Medisch Contact schrijft A. F. Casparie over samenwerking van huisartsen en specialisten (blz. 97), een activiteit die hij al jarenlang op kleine schaal tracht te bevorderen. Het behoeft geen opzien te baren dat juist hij, die betrokken is bij de bevordering van de kwaliteit in de gezondheidszorg via het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), de bevordering van de kwaliteit van de geboden hulp centraal stelt. Hij pleit voor een kleinschalig begin van samenwerking tussen beide echelons, en wel tussen één specialist en een groep huisartsen.

Voor zo'n kleinschalige benadering is erg veel te zeggen. Doordat men elkaar persoonlijk leert kennen en daardoor ook leert waarderen en respecteren, zal men op den duur tot goede werkafspraken kunnen komen. Terecht verwacht Casparie van deze benadering meer dan van bijvoorbeeld regionale nascholingscursussen en klinische demonstraties; deze kunnen wel bijdragen tot meer inzicht, maar het is niet te verwachten dat zij de samenwerking grondig veranderen. In de kleinschalige opzet kan bovendien de kwaliteit van de geboden zorg beter in het oog worden gehouden.

Die kleinschalige benadering biedt nóg een voordeel. Terecht schrijft Casparie dat éérs moet worden geanalyseerd welke diagnostische en therapeutische verrichtingen bij bepaalde klachten of aandoeningen nodig zijn, alvorens kan worden vastgesteld of deze in het eerste of tweede echelon moeten worden uitgevoerd. Bij de

vaststelling hiervan spelen de gehanteerde criteria vanzelfsprekend een doorslaggevende rol. Deze criteria kunnen in de specialistische en in de huisartsgeneeskundige overwegingen uiteenlopen. Een van de grondslagen van deze verschillen kan – gesimplificeerd – gelegen zijn in de verwachting dat een huisarts een ziekteproces bevestigt en dat een specialist een ziekteproces uitsluit. Ook is de anamnese van een huisarts voor een deel gevuld met andere gegevens dan de anamnese van een specialist. Een eenzijdige opstelling van criteria zal ongetwijfeld leiden tot een onaanvaardbaarheid of een onwerkbaarheid voor de ander. De zo gewenste 'bipolaire protocollen', waarin de taken van zowel huisartsen als specialisten zijn omschreven, zouden daarmee nooit van de grond kunnen komen. Daarom is het idee van het kleinschalige begin erg praktisch.

Niet voor niets heeft ook de Vrije Universiteit een soortgelijk uitgangspunt gekozen bij de invulling van haar opdracht, door de minister van Onderwijs en Wetenschappen gegeven, de samenwerking van eerste en tweede lijn te bevorderen. Voorzien wordt in een organisatiestructuur waarin de stem van huisartsen even zwaar kan klinken als die van specialisten en waarin in kleinschalige deelprojecten de samenwerking inhoudelijk zal worden uitgewerkt.

Als we eenmaal de weg opgaan van de bipolaire protocollen, dan is het ook mogelijk de toetsing van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg aan elkaar te verbinden. De thans bestaande scheiding, die ook Casparie betreurt, zou dan geleidelijk aan tot verdwijning kunnen worden gebracht. Dán zouden huisartsen ook meer dan nu kunnen profiteren van de methodologische voorsprong die specialisten momenteel hebben. Echter: vanuit kleinschalige samenwerkingsvormen zouden meer algemeen aanvaarde normen moeten voortvloeien; particularistische neigingen zullen niet moeten worden gevoed.

Dit alles neemt niet weg, dat al deze goedbedoelde kleinschalige samenwerkingsvormen pas op grote schaal effectief kunnen worden als de financierings- en honoreringsstructuur zodanig wordt veranderd dat ze de samenwerking bevordert en niet afremt.