

Integratie: voor huisarts en specialist een zorg

Verschillen overbruggen

De redactie van Medisch Contact heeft mij uitgenodigd een bijdrage voor dit nummer te leveren. Het verzoek was de vraag of een geïntegreerde zorgvisie de verschillen tussen huisarts en specialist kan overbruggen, te bespreken.

SPECIALISATIEPROCES

In de vraagstelling wordt er terecht van uitgegaan dat er verschillen tussen huisartsen en specialisten bestaan; beide groeperingen ervaren dat immers aan den lijve. Deze verschillen zijn goed verklaarbaar. Zij zijn in wezen terug te voeren op de ontwikkeling van de moderne geneeskunde, die een vergaande differentiatie noodzakelijk maakte. Zoals het bestaan van de homo universalis door de Renaissance onmogelijk werd, zo is – oh ironie – ook sedert de verwerkelijking van de eenheid van opleiding van alle artsen na 1865 het bestaan van de universele arts onmogelijk geworden.

De snelle ontwikkeling van de medische wetenschap en van de techniek, een ontwikkeling die na 1940 nog eens een extra versnelling kreeg, dwong tot een steeds verdergaande specialisatie. Steeds wanneer een wetenschapsgebied werd ontsloten volgde een nieuwe specialisatie. Uit de oorspronkelijke indeling tussen snijdende en niet-snijdende specialismen – nog een nagalm van het onderscheid tussen de geleerde doctores medicinae en de ambachtelijke chirurgijns – sproten talloze vertakkingen voort. De geneeskunde volgde hierin algemene maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen: op alle terreinen ontwikkelden zich specialismen, die dan ook een grote maatschappelijke waardering kregen.

Het leek er wel eens op dat de toekomst van de geneeskunde was gelegen in een uitsluitend uit deelspecialismen bestaand complex. Men kan echter niet ontkennen dat naarmate een verdere opsplitsing in deelspecialismen plaatsvindt, het onderlinge verband verloren dreigt te gaan. Dit ziet men overigens ook op tal van andere gebieden in de samenleving. De spreiding van deskundigheden die een gevolg is van de specialisatie dwingt echter tot een her-

Prof.Dr. J. C. van Es

Een uitgewerkte, geïntegreerde zorgvisie kan een belangrijke bijdrage leveren tot het scheppen van een situatie waarin verschillen tussen huisartsen en specialisten kunnen worden overbrugd. Essentiële voorwaarde hierbij is echter wel de wederzijdse wens en wil daartoe. Aldus Prof.Dr. J. C. van Es.

waardering van bestaande generalismen. Dit ziet men bijvoorbeeld in het bedrijfsleven, terwijl de discussie hierover in de politiek op gang komt.

GEVOLGEN VOOR GENERALIST

In de geneeskunde heeft het proces van specialisatie voortdurend consequenties voor de generalist: de huisarts. Hij moet zijn werkwijze voortdurend aanpassen aan en anticiperen op de mogelijkheden die de specialistische geneeskunde biedt. Tientallen jaren heeft de medisch-wetenschappelijke ontwikkeling als een vlieg-wiel voor de specialistische geneeskunde gefunctioneerd en ook de organisatie van de gezondheidszorg in sterke mate beïnvloed. De organisatie van de specialistische geneeskunde volgde wetenschap en techniek. Dat heeft onder andere tot gevolg gehad dat generalismen binnen de geneeskunde, niet alleen de huisartsgeneeskunde, maar ook de revalidatiegeneeskunde en de geriatrie, en zelfs misschien de algemene interne geneeskunde, veel minder ontwikkelingsmogelijkheden hadden. Deze generalismen staan als het ware dwars op de deelspecialismen; zij hebben met tal van onderdelen van die deelspecialismen te maken.

Niettemin werd het belang van de generalismen ingezien. Hoe belangrijk is het niet, dat met name de huisarts ervoor zorgt dat hulpvragende patiënten op een zinvolle manier gebruikmaken van de diensten van specialisten. Dit is goed voor

de patiënten, voor de specialisten en voor de kosten van de gezondheidszorg.

VERSCHILLENDE POSITIES

Het huidige samenspel van huisarts en specialist is de resultante van een vele decennia durende ontwikkeling. Deze is geënt op het bovenaangeduide specialisatieproces, maar er werkten ook andere factoren in mee.

De positie van de huisarts werd beschermd door het bestaande verwijssysteem: hij stond en staat nog steeds aan de poort van het gezondheidsgebouw. Hij werd echter niet beloond als hij zijn verwijzingen beheerste, eer integendeel! Ook de specialist werd niet beloond voor beperkingen op zijn terrein.

Daarbij kwam dat de specialisten, groten-deels in ziekenhuizen geconcentreerd, over een goede infrastructuur konden beschikken. Huisartsen trachten deze ook te verwerven, maar zij lopen daarmee achter bij de specialisten. Van een gezamenlijke infrastructuur of een organisatorische samenhang van het werk van huisartsen en specialisten was al helemaal geen sprake. De verwijsbrief, een enkel telefoongesprek en de ontslagbrief vormden en vormen nog steeds de *trait-d'union* tussen beiden. Hun uiteenlopende posities in de gezondheidszorg brachten met zich mee dat een goede communicatie, behoudens belangrijke uitzonderingen, tussen huisarts en specialist nauwelijks bestaat.

Ook ontbrak vaak begrip voor elkaars aanpak van problemen. Dit is vooral toe te schrijven aan de verschillende posities die huisarts en specialist in de gezondheidszorg innemen en het verschil in verwachting die ten opzichte van hen bestaat. Patiënten komen bij hun huisarts met klachten of verschijnselen die hij in eerste instantie goed naar waarde moet schatten. Van grote betekenis is het maken van onderscheid tussen 'pluis' en 'niet-pluis'. De huisarts ziet dan naar verhouding veel pluis en weinig niet-pluis. Hij is door deze situatie wel genooddaakt als uitgangspunt te kiezen, dat iemand gezond is tenzij het tegendeel kan worden

bewezen. De specialist daarentegen krijgt alleen voorgeselecteerde patiënten van wie de overgrote meerderheid, als het goed is, tot de niet-pluiscategorie behoort. Hij moet er dus van uitgaan, dat iemand ziek is tot het tegendeel is bewezen.

HOE SAMENWERKEN?

Hoe kunnen de in zulke verschillende omstandigheden met zulke uiteenlopende uitgangspunten werkende en daardoor zo anders ge(pre)occupeerde huisarts en specialist nu tot een goed samenspel komen?

Dat komt niet zomaar tot stand. Nog minder geldt dit voor een goede taakverdeling, die niet uitsluitend is gebaseerd op historisch gegroeide situaties, maar op rationele overwegingen gestoelde afspraken. De omstandigheden zijn daarvoor niet gunstig geweest. Een goede afstemming is slechts mogelijk als de actoren elkaars mogelijkheden en grenzen kennen, als zij elkaars rol in het samenspel erkennen en de vervulling van de eigen rol daarop willen afstemmen. Dat bleek in de afgelopen decennia niet eenvoudig te verwerklijken. Dit was onder meer een gevolg van het feit dat de meeste specialisten nauwelijks of niet weten wat zich in de huisartspraktijk afspeelt. Als gevolg daarvan kennen zij vaak niet de overwegingen van huisartsen voor hun beslissingen. Zij weten niet van de voorfase van het ziek zijn en zij beoordelen huisartsen vaak naar de situatie van de patiënt op het moment van de verwijzing. Zeer belangrijk is dat huisarts en specialist, die logischerwijs elkaar qua deskundigheid en hulpverlening moeten aanvullen, op het grensvlak ook concurrerend zijn. Daardoor, maar niet minder als gevolg van wensen of eisen van patiënten en bovendien bevorderd door het al jaren ter discussie zijnde honoreringssysteem, is de feitelijke taakverdeling tussen huisartsen en specialisten de uitkomst van medisch-inhoudelijke overwegingen en van maatschappelijk gegroeide situaties.

Na een langdurende periode waarin huisarts en specialist zich hoofdzakelijk binnen de eigen lijn opsloten, is er een verandering merkbaar. Er zijn tekenen van een toenemende belangstelling voor samenwerking, afstemming van werkzaamheden, *taakverdeling*. Ongetwijfeld heeft de invoering van de budgettering van ziekenhuizen hiertoe bijgedragen. Er worden experimenten opgezet, maar tot een echte doorbraak hebben deze tot nu toe niet geleid. Daarvoor zijn talloze oor-

zaken aan te wijzen: de communicatie wordt door praktische problemen van wederzijdse bereikbaarheid belemmerd, het honoreringssysteem bevordert tot nu toe geen veranderingen, er bestaat een grote diversiteit in deskundigheden en men kent elkaar vaak onvoldoende om elkaar qua deskundigheid voldoende vertrouwen te schenken. Met uitsluitend de blik op elkaar gericht komt men wel wat, maar niet veel verder. Hoe zou dat wel kunnen?

UITGANGSPUNTEN

Het is uitermate belangrijk als uitgangspunt te kiezen *hetgeen men met elkaar gemeen heeft*. Dat is goed aan te geven: huisarts en specialist zijn er beiden op gericht de patiënt te helpen, zo mogelijk te genezen, maar tenminste erger te voorkomen, en als dit niet lukt, diens lijden te verlichten.

Het is mogelijk een huisarts en een specialist, met hun eigen deskundigheid als vertrekpunt, samen te laten formuleren wat de hulp bij een bepaalde categorie patiënten dient in te houden, zonder de vraag te beantwoorden door wie die hulp zal worden geboden. Uitgangspunt vormt dus *hetgeen de patiënt behoeft*.

Het Landelijk Bureau Eerste-Tweede Lijn (LBC) heeft op deze wijze werkend zeer onlangs een *zorgmodel* voor patiënten met een heupfractuur gemaakt. Vanzelfsprekend waren daar meer deskundigen bij betrokken dan de huisarts en de specialist; verpleegkundigen, fysiotherapeuten en anderen hebben ook bijgedragen geleverd. In dit zorgmodel is beschreven welke elementen in het hulpverleningsproces vanaf het moment van de val tot en met de beëindiging van de revalidatie een plaats moeten krijgen.

Een dergelijk zorgmodel is gebaseerd op een *visie* die men op de zorg heeft. Een dergelijke visie dient bij de aanvang al in principe aanwezig te zijn, maar al werkende aan het model kan deze meer bewust worden gemaakt. Zo'n model heeft vooralsnog een neutraal, voor de hulpverleners nog vrijblijvend karakter. Die neutraliteit verdwijnt zodra men gaat vaststellen wie de onderdelen zullen invullen, hoe de taken zullen worden verdeeld. Daarover zullen discussies, overleg en eventueel onderhandelingen moeten plaatsvinden. Maar men beschikt dan wel over een gemeenschappelijke, geëxpliciteerde visie op hetgeen voor een patiënt nodig is.

Dit is een beter uitgangspunt dan impli-

ciet blijvende vooronderstellingen die ieder voor zich hanteert en die maar al te vaak tegengesteld zijn. Als men tot afspraken komt, of misschien zelfs nog eerder, zullen de randvoorwaarden stuk voor stuk moeten worden vastgelegd. Dit houdt onder andere in: een adequate organisatiestructuur, een financierings- en honoreringssysteem dat de verwerklijking van de geformuleerde doelen bevordert of in ieder geval niet belemmert, ook eventueel het bieden van een aanvullende opleiding of nascholing. De randvoorwaarden moeten zodanig zijn dat een werkbare situatie wordt geschapen, waarin van de deelnemers ook geen grote extra offers worden gevraagd. Het is te verwachten dat vaak vergaande veranderingen nodig zullen zijn om een zorgvisie in de praktijk te verwerklijken.

Men kan veronderstellen dat een uitgewerkte, geïntegreerde zorgvisie een belangrijke bijdrage kan leveren tot het scheppen van een situatie waarin verschillen tussen huisartsen en specialisten kunnen worden overbrugd. Maar de meest essentiële voorwaarde is en blijft de wederzijdse wens en wil daartoe. □