

pas in de titel van en op het congres zelf naar voren kwam, namelijk de patiënt, ook niet een afleidingsmanoeuvre van ons zijn? Dat het om de patiënt gaat is toch impliciet en behoeft bij dit onderwerp voor mijn gevoel geen extra nadruk. Al ons werk gaat om de patiënt. Dat wij ook met de patiënt vaak een onjuiste relatie hebben — niet open, éénzijdig, hiërarchisch — is een ander onderwerp dat maar voor een klein deel met de relatie tussen huisartsen en specialisten heeft te maken.

Wanneer wij het probleem zien als

een relatiestoornis, weten wij dat wij pas aan herstel van de relatie kunnen beginnen wanneer wij onze gevoelens ten opzichte van elkaar bewust zijn geworden. Daar ligt voor mijn gevoel dan ook de eerste taak voor het N.H.G.-bestuur: stimuleren van groepen huisartsen en specialisten met zoveel onderling vertrouwen, dat men bereid is zijn eigen grieven op tafel te leggen, te bespreken en zodoende wezenlijk begrip voor elkaar krijgen. Pas dan zal een nieuwe structuur de kans krijgen, waarin niet afbakening van terrein, maar samen-

werking de doelstelling is. En dan zal het niet meer nodig zijn voorschriften over de verwijfsbrief op te stellen, omdat het vanzelfsprekend is dat men een partner zo goed mogelijk informeert. Ik geloof dat het ontstaan van dergelijke groepen minstens even belangrijk is als de gespreksgroepen huisarts-psycholoog. Helaas is er maar één bezwaar: de specialisten blijken om welke reden dan ook heel wat minder belangstellend dan de psychologen!

S. van der Kooij

---

## Hoe zou de samenwerking tussen huisarts en specialist er in de toekomst uit kunnen zien? \*

DOOR DR. J. C. J. BURKENS

Het spreken over samenwerking tussen huisarts en specialist kan gebeuren binnen het raam van korte, lange of middellange termijn. Op korte termijn: dat is wat morgen al ter verbetering kan gebeuren. Westerman zegt daarover uitstekende dingen en ik wil daaraan niets toevoegen.

Op lange termijn: dat betekent, hoe moet die samenwerking zijn wanneer de gezondheidszorg geheel is geherstructureerd, wanneer de huidige problemen van gebrek aan geld, mankracht en tijd zijn opgelost, wanneer ieders taken en mogelijkheden duidelijk zijn geworden?

Op middellange - of, wat hetzelfde is, op middelkorte termijn betekent het: hoe zou die samenwerking structureel kunnen zijn binnen het kader van een toekomstige maar bereikbare en overzienbare situatie, waarin de huidige problemen nog bestaan en de gezondheidszorg nog niet ten principale is gewijzigd, maar waarin toch al essentiële veranderingen kunnen zijn aangebracht? Dat is het kader waarbinnen de structuurnota zich ten dele ook beweegt en binnen dát kader wil ik iets zeggen.

\* Voordracht, gehouden op het N.H.G.-congres, november 1974.

Welke zal binnen dat tijds kader de rol zijn van de huisarts en welke die van de ziekenhuisarts, de specialist?

Om bij de laatste, de specialist, te beginnen: allereerst moet deze zijn deelgebied goed beheersen. Ook al beseffen wij ons dat bijvoorbeeld een lever- of galblaaspatiënt als totale mens ziek is, toch moet voor alles een operatie goed geïndiceerd en correct worden uitgevoerd, moet een dieet-medicamenteuze therapie goed geïndiceerd en correct worden voorgeschreven. Daarbij moet de specialist voldoende kennis hebben van andere gebieden der geneeskunde om te weten wanneer hij het alleen niet meer af kan. Dan moet hij deel zijn van een medisch team en wel van een steeds in samenstelling wisselend team. Hij moet daarnaast leren deel te zijn van een behandelteam waarin ook anderen dan medici een centrale plaats innemen. Hij moet deel zijn van een ziekenhuis als geneesorganisatie en aan die organisatie, bijvoorbeeld in commissies, deelnemen. Hij moet tenslotte (en ik laat nu terzijde taken op het gebied van onderwijs en research, welke voor de ene specialist nogal eens anders liggen dan voor de andere) belangstelling hebben en zich ook telkens willen inzetten voor de psychologische proble-

men van zijn patiënt. Want die genoemde en exemplarische leverpatiënt vertrouwt zich niet alleen met zijn orgaanbezwaren (wel allereerst daarmee), maar ook met allerlei andere aspecten van zijn zieke-menszijn, aan zijn behandelend arts toe óók aan zijn specialist! Wel moeten wij erbij zeggen dat, in tegenstelling tot de huisarts, deze interesse en inzet in vele gevallen incompleet zullen zijn, niet alleen door gebrek aan tijd (dat wel eens groter inplaats van kleiner kon worden wanneer de opnameduur steeds korter wordt, iets dat wel ongelukkig maar toch onontkoombaar is om economische redenen), maar vooral omdat de specialist zijn patiënt meestal wel als individu maar niet in zijn leefmilieu ontmoet en ook omdat zijn contact met de patiënt meestal voorbijgaand is.

Wat de huisarts betreft, zijn rol zal zijn:

Het volledig kunnen diagnostiseren en behandelen van een groot deel (85, 90 procent?) van de patiënten die zich tot hem wenden; maar daarbij: het kunnen herkennen van die gevallen welke hij door moet zenden of waarbij hij hulp van specialisten nodig heeft.

Een groter deel van de preventieve geneeskunde dan hij nu bedrijft.

Een begeleiding, psychologisch en soms ook sociaal, van zijn patiënt, waarvoor hij in principe permanent beschikbaar moet zijn, ook al moet hij dikwijls feitelijke bemoeienis aan andere deskundigen daarvoor overlaten.

Dit alles moet hij doen niet alleen in de context van zijn bemoeienis met de patiënt zelf maar ook in de context van diens leefmilieu, waar hij ook adviseren moet.

Zoals ik het zie is op middellange (middellange) termijn geen principiële rol-verandering van huisarts of specialist te verwachten; wel te verwachten zijn zekere verschuivingen en ook verduidelijkingen.

Om terug te keren tot het heden. Wij zijn het er vermoedelijk allen wel over eens dat de samenwerking van huisarts en specialist zeker in ons land niet echt slecht is, maar toch wel veel te wensen overlaat; en dat er wederzijds nogal eens frustraties en irritaties bestaan. Ware dat niet zo, dan had het N.H.G. vermoedelijk dit onderwerp niet voor een congres gekozen. Wat ligt er achter deze irritaties en frustraties?

Eerst even een andere opmerking hierover. Die irritaties bestaan wederzijds, maar zij zijn meestal niet ernstig. Waarom niet ernstig? Misschien wel juist niet ernstig omdat de situatie wél ernstig is. Zij zijn meestal niet ernstig omdat huisarts en specialist zo gescheiden werken, een zo goed gesepareerd werkgebied hebben. Dit geholpen door onze medische „ethiek”, die duidelijk voorschrijft dat ieder zijn eigen tuin wíedt en niet moet proberen in de tuin van zijn buurman te gaan werken. En zowel huisarts als specialist kennen heel goed hun eigen tuin en die van hun buurman - alleen de patiënt begrijpt daar dikwijls niet veel van. Dat de wederzijdse irritaties zelden ernstig zijn juist door deze solide scheiding van werkgebieden moet men zich wel realiseren, want als wij gaan streven naar betere integratie van het werk van huisarts en specialist zouden tengevolge van die integratie de irritaties wel eens kunnen toenemen! Geen reden overi-

gens om niet te integreren, althans voor zover eigen deskundigheid en eigen rol dit toelaten, maar wel reden om zich tevoren deze risico's te realiseren.

Achter die irritaties en frustraties ligt wederzijds onbegrip, het niet echt kennen van elkaars werksituatie, gevoelens, ambities. De specialist realiseert zich dikwijls niet genoeg het onbehagen van de huisarts wanneer deze veel vóórwerk moet doen om dan geconfronteerd te worden met een situatie waarbij hij de patiënt — weliswaar tijdelijk maar toch gedurende een beslissende periode — kwijt raakt en dat juist als hij echt arts zou willen zijn. De huisarts realiseert zich dikwijls onvoldoende dat de ziekenhuisarts juist in de laatste jaren meer en meer knel komt te zitten omdat de nieuwe taken, die ik al noemde, nu duidelijk en onontkoombaar op hem af komen en hij zich aan geen daarvan blijvend kan onttrekken.

Om een heel triviaal maar algemeen voorkomend voorbeeld van wederzijds onbegrip voor de rechtmatige wensen van de ander te noemen: de specialist realiseert zich heel dikwijls onvoldoende dat de huisarts direct, wanneer de patiënt weer onder zijn behandeling komt, goede inlichtingen behoeft, maar dat hij ook écht geïnteresseerd is in zijn patiënt en daarom graag wil weten wat er voor belangrijks in het ziekenhuis gebeurt wanneer zijn patiënt daar ligt en niet tevreden is met alleen een verslag a posteriori. De huisarts realiseert zich veelal onvoldoende dat de specialist weliswaar de patiënt in de meeste gevallen alleen tijdelijk behandelt maar dat hij èn om wetenschappelijke èn om persoonlijke redenen (ook hij is dikwijls echt geïnteresseerd in zijn patiënt of ex-patiënt) zo graag zou willen weten hoe de verdere gang van zaken is en daarom heel graag zou worden ingelicht door de huisarts hoe het thuis is gegaan na bijvoorbeeld een jaar.

Voor beter begrip, betere aansluiting van het werk van huisarts en specialist is een betere communicatie nodig. Dat betekent vooreerst een

goede overdracht van gegevens, maar het betekent méér. Nodig is wederzijds begrip, een veranderende attitude, meer team-minded denken. Ik zeg met opzet „veranderend” en niet „geheel anders”, „meer” en niet „eindelijk”, want er is al veel daarvan aanwezig, zowel bij huisarts als bij specialist — maar niet genoeg, en vooral: niet gestructureerd. Al zal om praktische redenen veel communicatie tussen beiden schriftelijk moeten blijven (èn wegens de noodzaak gegevens goed en onmiskenbaar vast te leggen èn om efficiency in het tijdgebruik: je kunt brieven dicteren binnen je eigen tijdschema; bij telefoneren moet je al wat rekening houden met het tijdschema van de ander; bij een persoonlijke ontmoeting moet je er volledig mee rekening houden) - persoonlijk contact is nodig. Voor dat persoonlijk contact is niet voldoende de koffiekamer op het ziekenhuis - voortreffelijk instituut maar met koffiegesprekken tussen binnenwaaierende artsen komen wij er niet. Evenmin is genoeg de demonstratiemiddag op het ziekenhuis en de voordracht op de afdelingsavond - alweer voortreffelijke instituten, maar te onpersoonlijk.

Communicatie moet gebeuren: gestructureerd, binnen een vast omljnd organisatiekader; het moet daarbij zo efficiënt mogelijk geschieden ten aanzien van de tijd waaraan zowel specialisten als huisartsen tekort hebben en zullen houden (als er door meer artsen meer tijd beschikbaar komt, gaan zich ook nieuwe en nu nog verwaarloosde taken presenteren); het moet passen in de toekomstige structuur van de gezondheidszorg, waarover nog veel onzekerheid is maar waarover ook een consensus bestaat dat werk van het tweede naar het eerste echelon zal overgaan, dat dit alleen mogelijk is wanneer het eerste echelon daarbij effectieve steun van het tweede echelon krijgt (en dat is méér dan laboratoriumuitslagen en ECG's), en dat in het algemeen grotere integratie van de arbeid van beide echelons tot stand moet worden gebracht.

Dat alles bijeen betekent: de spe-

cialist moet met een eigen taak binnentreden in het werkgebied van de huisarts en wel met name als consultant; en de huisarts moet geïncorporeerd worden in het werkgebied van de specialist, dus in het ziekenhuis.

Persoonlijk consulteren van de specialist bij de huisarts: gezien de zoëven genoemde voorwaarden van organisatie en tijd moet de ziekenhuisarts geregeld — niet noodzakelijk veel, maar geregeld — komen niet bij de enkele huisarts, maar daar waar meer huisartsen samenwerken, waar outillage is en waar patiënten goed vooronderzocht kunnen worden, dus in gezondheidscentra of eventueel andere centra voor huisartsenzorg. Hoe dit kan heb ik in Medisch Contact al enigszins beschreven; dat wil ik dus hier niet herhalen maar het kan desgewenst in de discussie altijd verder naar voren komen.

De huisarts moet — ook alweer: niet veel maar wel geregeld — werkzaam worden in het ziekenhuis; dus niet alleen om er te komen als gast of om even een patiënt te bezoeken, maar om deel van de werkgemeenschap te zijn, zij het zeer partiëel en als „buitenlid”. Dat zou kunnen door de huisartsen eigen bedden te geven. Schotland wil dat gaan doen. Toen ik de Schotse chief medical officer vroeg hoeveel bedden men de huisarts geven wilde zei hij: ongeveer één per huisarts. Ik ben wat bang dat dit getal toch te weinig is om effectief te zijn, vooral omdat de turn-over op een huisartsenbed allicht lager zal zijn dan op de meeste specialistenbedden het geval is. En zal zo'n huisartsenafdeling toch niet een tamelijk geïsoleerde afdeling in het ziekenhuis

worden? Ik vrees het, al blijft een voordeel dat het consulteren door specialisten er wel gemakkelijk kan gebeuren.

Het zou ook zo kunnen dat de huisarts gedurende een vrij lange tijd een dag per week of twee halve dagen per week honorair assistent bij de medische staf werd, roulerend langs de belangrijkste specialismen en ook wellicht roulerend langs meer ziekenhuizen in de loop der jaren. En dan met een bepaalde taak, doch wel een die hem in nauw persoonlijk contact met een specialist brengt. Ook dat zal aanzienlijke organisatorische moeilijkheden geven, voor de huisarts (bereikbaarheid) en nog meer voor de specialist (ingrijpen in zijn werkschema), en berekend zou moeten worden of het genoeg huisartsen kan helpen; ik dacht dat dit wel het geval zou zijn.

Tenslotte wil ik mijn betoog ondermijnen door te wijzen op een probleem, dat zich gaat voordoen bij elke integratie van de arbeid van huisarts en specialist, juist wanneer deze ook op het persoonlijke vlak geëffectueerd en hecht geregeld wordt. De feitelijke vrijheid van de patiënt om zijn behandelende arts te kiezen is al sterk beperkt, juist om organisatorische redenen welke overigens onontkoombaar zijn. Ten aanzien van de huisarts bijvoorbeeld: de gerechtvaardigde wens van deze zijn arbeidsterrein tot één stadsdeel te beperken en zijn praktijk niet te groot te laten worden. Ten aanzien van de specialist bijvoorbeeld omdat de patiënt wel de éérsst behandelende specialist kan kiezen maar nauwelijks of niet meer alle specialisten die in zijn team zitten: bij de internist koopt

men de chirurg, hoogstens een van twee of drie chirurgen (maar veelal maken die al zelf uit wie zal opereren); bij de chirurg koopt men de anesthesist mee; en zo gaat het door. Hoe meer nu de huisarts en de specialist aaneen worden gesmeed, persoonlijk, hoe meer men dit systeem uitbreidt tot: als men de huisarts kiest heeft men in een soort koppelkoop specialist, ziekenhuis en medische staf erbij gekocht. In dit opzicht gaat het systeem dan nogal lijken op dat in Oosteuropese landen. Nu is iets bepaald niet verwerpelijk omdat het lijkt op iets dat in een marxistisch land gebeurt, maar wel moeten wij ons afvragen of zo'n systeem niet moeilijk aanvaardbaar wordt voor mensen met onze traditie en denkwereld.

Misschien moet het toch die kant opgaan. Maar wij moeten wel alert blijven en hier goed nadenken. Het behoud van althans één eerste keus van een specialist door de patiënt lijkt mij voor deze belangrijk, ook juist psychologisch — zelfs al leidt die keus van de eerste specialist tot een koppelkoop van de andere specialisten.

Het regelmatig brengen van bepaalde specialisten, ziekenhuisartsen, in bepaalde gezondheidscentra zal het boven geschetste bezwaar zeker meebrengen. Bij een roulerend assistentschap over meer ziekenhuizen voor huisartsen zou het wellicht te ondervangen zijn, maar dat kon ook wel alleen theorie zijn. Maar toch: ik blijf bij de georganiseerde en gestructureerde samenwerking, ook op persoonlijk niveau, en bij mijn voorstellen. Maar over de modus quo moeten wij wel goed nadenken.