

Multidisciplinaire samenwerking

Samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg kent een groot aantal schakeringen naar aard, vorm en omvang. In de zeventiger jaren was het onderwerp een geliefd thema in de huisartsgeneeskundige literatuur, waarbij het accent vaak lag op de multidisciplinaire samenwerking en dan vooral op de positieve aspecten daarvan. Na een periode van publicitaire luwte lijkt de tijd rijp voor een voorlopige evaluatie. De meningen

blijken nog steeds verdeeld; in het bijzonder wordt zeer verschillend gedacht over de gestructureerde multidisciplinaire aanpak. Wat bovendien opvalt, is de teleurstellende schaarste aan harde onderzoeksgegevens.

Samenwerken lijkt nog steeds meer een kwestie van persoonlijke smaak dan een op rationele gronden gebaseerde keuze.



MEVROUW DE WIT? HET MULTITEAM!

TITIA FELDMANN

Een pleidooi voor gestructureerde samenwerking

Het volgende pleidooi is gebaseerd op een beknopt literatuuronderzoek, gesprekken met drie patiënten en een aantal werkers in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, en de eigen ervaringen als huisarts in Holendrecht (Amsterdam-Zuidoost). Betoogd wordt onder meer, dat samenwerking vooral geïndiceerd is in gebieden met een onoverzichtelijke of nog ontbrekende structuur, dat vooral mensen die – veelal noodgedwongen – een intensief beroep doen op de hulpverlening, profiteren van multidisciplinaire samenwerking, en dat wijkgerichte samenwerkingsverbanden kunnen fungeren als kristallisatiekernen voor de democratisering van de gezondheidszorg. Samenwerking vereist echter een zeer grote inzet en stuit op tal van problemen. Daar staat tegenover dat het werken in een multidisciplinair samenwerkingsverband zeer bevredigend kan zijn.

Inleiding

Gezondheidscentra en home-teams hebben zich een duidelijke plaats verworven in de Nederlandse gezondheidszorg – en velen menen dat zij kwalitatief hoogwaardige hulp bieden. Het feit dat de redactiecommissie van *Huisarts en Wetenschap* het gestructureerd multidisciplinair samenwerken door eerstelijns hulpverleners een *contrast in de huisartsgeneeskunde* acht, duidt er echter al op dat de meningen verdeeld zijn. Materiaal voor dit artikel is verkregen uit gesprekken met werkers uit drie verschillende samenwerkingsverbanden, het Samenwerkingsproject Amsterdam¹ (bestaande uit twintig losse home-teams), de Stichting Sociale en Medische Dienstverlening Holendrecht (een vanuit drie „buurtposten” werkend multidisciplinair team in een Amsterdamse nieuwbouwwijk) en het Gezondheidscentrum Wantveld te Noordwijk.² Ook werd met drie bewoners van de wijk Holendrecht gesproken. Tenslotte werden tien jaargangen *Huisarts en Wetenschap* en zes jaargangen *Medisch Contact* geraadpleegd. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat schrijver noch gesprekspartners willen pretenderen dat de weergegeven meningen representatief zijn voor grotere groepen mensen.

Ideeën

De ideeën waarmee gestructureerde, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden werden gestart, zijn in vier categorieën te groeperen:

- kwaliteitsverbetering van de hulp;
- democratisering van de gezondheidszorg;
- doorbreking van het isolement van de hulpverleners;
- kostenbesparing in hogere echelons.

In wisselende mate klinken deze ideeën door in de antwoorden van de geïnterviewde werkers op de vraag naar hun persoonlijke verwachtingen bij de start. Het zou interessant zijn te weten welke verwachtingen patiënten koesteren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, voordat zij hier ervaring mee hebben. Het enige artikel dat licht werpt op deze vraag, is dat van Crebolder in de lovenswaardige reeks *Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis*.³ Conclusies uit dit deel van het onderzoek waren dat patiënten interdisciplinaire samenwerkingsrelaties belangrijk vonden, en dat zij een positieve verwachting hadden ten aanzien van de kwaliteit van de hulp. Anderzijds verwachtten zij dat de persoonlijke relatie met hun huisarts onder spanning zou komen te staan en waren zij beducht voor te grote zakelijkheid. Uit persoon-

lijke mededelingen van leden van patiëntenverenigingen kan hieraan worden toegevoegd: bedreiging van de privacy van de patiënt, zowel door oncontroleerbare mondelinge informatie-uitwisseling tussen verschillende hulpverleners, als door een registratiesysteem dat voor alle hulpverleners toegankelijk is.

Bij kritische beschouwing van de artikelen over multidisciplinaire samenwerking, blijkt er niet veel te zijn geschreven over wat er nu in feite terecht komt van de verwachtingen aangaande kwaliteitsverbetering, democratisering en winst in het persoonlijke vlak. Dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn vanuit gezondheidscentra aanmerkelijk lager ligt dan het landelijk gemiddelde^{4,5}, mag intussen bekend worden verondersteld. In Ommoord bleek de gemiddelde ziekteduur van verzuimende werknemers korter dan in twee vergelijkbare Rotterdamse wijken.^{6,7} Lamberts beschrijft hoe intensief binnen het kernteam Ommoord over patiënten wordt overlegd.⁸

Over de participatie van patiënten laten Van Weel & Lamberts zich in teleurgestelde bewoordingen uit: „Participatie gericht op de filosofie en de inhoud van de hulpverlening, is nooit tot stand gekomen.”⁹ Ebbens vertelt een veel positiever verhaal over het ontstaan van een patiëntenvereniging, met als doelstellingen onder meer het bevorderen van onderlinge hulp en het geven van gezondheidsvoorlichting.¹⁰

Multidisciplinaire teamsamenwerking groeit niet vanzelf, als mensen vervuld van goede wil bij elkaar gaan zitten. Lamberts schreef in 1974 een „routebeschrijving door ruig landschap”, waarin het landschap de teamsamenwerking is. De ruigten worden onder meer gevormd door stereotype roloppvattingen, persoonlijke problemen van deelnemers en financiële problemen voortvloeiende uit verschillen in praktijkgrootte tussen de artsen.¹¹

Dubois heeft laten zien hoe persoonsgebonden gebeurtenissen en personeelswisselingen van invloed kunnen zijn op het functioneren van het team.¹²

In het Venlose Withuis is onderzoek gedaan naar de meningen van cliënten over organisatie en werkwijze van het gezondheidscentrum. Dit onderzoek leerde dat in de ogen van cliënten de schaalvergroting niet had geleid tot vershraling. Nadat het Withuis enige jaren

had gefunctioneerd, voelde de overgrote meerderheid van de cliënten zich beter geholpen dan tevoren.¹³

In het gezondheidscentrum Zwammerdam heeft een tweetal studenten in 1978 een opinieonderzoek uitgevoerd. De eindconclusies uit dit onderzoek luiden: 1. De veranderingen die zijn opgetreden bij de overgang solohuisarts-praktijk-gezondheidscentrum, worden door de patiënten/cliënten positief gewaardeerd. 2. De patiënten/cliënten zijn nog niet volledig op de hoogte van hetgeen het gezondheidscentrum hen heeft te bieden.

Patiënten

Om de stem van gebruikers van een samenwerkingsverband hier te laten doorklinken, werd enkele bewoners van Holendrecht naar hun ervaringen gevraagd. Het zijn drie vrouwen, die ieder op hun eigen wijze een intensief contact hebben met de sociaal-medische dienstverlening. De eerste, mevrouw A, van middelbare leeftijd, heeft vooral via haar ouders ervaring met de hulpverlening. Daarnaast is zij sinds 1981 actief in de „voorwacht”, een groep bewoners die op vrijwillige basis gedurende de spitsuren in het weekend de telefoon in een van de buurtposten bemant. Mevrouw B, moeder van twee jonge kinderen, is ook actief in de voorwacht. Mevrouw C, moeder van een zoon van 11, woont sinds zeven jaar een invalidenwoning in Holendrecht.

Mevrouw A: „Een van de goede dingen hier is, dat er altijd een dokter bereikbaar is. Mijn vader heeft ernstig longemfyseem. Hij is jarenlang twee à drie maal per week door de fysiotherapeute geklopt, vaak ook thuis. Als hij erg benauwd was, kwam er altijd direct een dokter. Hij is vol lof over de hulpverlening. Zelf zit ik ruim drie jaar in de voorwacht. Dat is een enthousiaste club van twintig mensen, voornamelijk vrouwen. Het aantrekkelijke ervan is dat je ergens bij betrokken bent.

„Ik vind het belangrijk dat je hier als patiënt een aandeel hebt in wat er gebeurt. Je kan je kritiek uiten, je kan er iets mee doen. De verstandhouding tussen patiënt en dokter is anders. Je kan gewoon zeggen: ik denk dat ik een blaasontsteking heb, zonder dat je te horen krijgt: dat maken wij wel uit.”

Mevrouw B: „In het begin toen ik hier kwam wonen, vond ik de opzet van de hulpverlening vreselijk. Het was zo anders dan ik gewend was. Ook de hou-

ding van de artsen. Ik was gewend aan een huisarts die alles van je wist en bij wie je altijd met een recept de deur uitging. Hier had ik soms het gevoel dat ik net zo goed niet had kunnen gaan”. Zij vond het wel een voordeel dat het consultatiebureau door de eigen huisarts samen met de wijkverpleegkundige werd gedaan. Haar jongste kind was vijf weken toen ze in Holendrecht kwam wonen. „Het is prettig dat de arts op het bureau je kind ook kent en weet uit welk gezin het komt.”

Toen mevrouw B zes maanden in Holendrecht woonde, heeft ze contact opgenomen met de voorwacht. Ze las een oproep in het wijkblaadje en vond het leuk dat bewoners bij de hulpverlening werden betrokken. Na vijf keer meedraaien werkt ze nu ruim twee jaar zelfstandig in de voorwacht. Ze is sindsdien ook anders gaan nadenken over de hulpverlening. „Een voordeel is dat het hier uitnodigend is. Je kan over dingen gaan praten. Tegen je oude huisarts zei je ja en amen, en je ging de deur uit. Je wordt hier bewuster gemaakt. Als mijn zontje vroeger keelontsteking had met een beetje koorts, belde ik de huisarts en dan kreeg hij geheid penicilline. Nu weet ik dat dat niet goed was. Als mijn kinderen gewoon keelpijn hebben of verkouden zijn, ga ik niet eens meer naar de dokter. Ik ga alleen als het me te lang duurt, of als ik niet weet wat er aan de hand is.”

Mevrouw C: „In 1975 woonde ik in Amsterdam-Oost. In augustus werd ik ziek en raakte ik in drie weken tijd verlamd aan mijn benen. Ik werd opgenomen in het ziekenhuis en bleef daar zes maanden. Daarna werd ik gerevalideerd in een revalidatieinstituut. In die tijd ging ik in de weekends naar huis.” In 1977 kreeg ze dit huis. Ze kon zichzelf toen volledig verzorgen en zelf haar rolstoel voortbewegen. Maar ze had veel problemen, waarvoor de huisarts haar in contact bracht met de maatschappelijk werkster van het team. Aan haar hulp heeft ze veel gehad.

In 1979 ging haar toestand plotseling achteruit, ze kon haar armen niet meer bewegen. Ze werd opgenomen in het ziekenhuis, waar ze zelfs een paar weken beademd moest worden. Na zes maanden revalidatie, kwam ze weer naar huis – nu volledig hulpbehoevend. Ze wilde absoluut niet naar een verpleeghuis. Ze was intussen gescheiden en wilde bij haar zoon blijven. De wijkverpleegster kwam twee keer per dag om haar te verzorgen en in of uit bed te helpen, en

de fysiotherapeute drie maal per week om met haar te oefenen. Meestal was er ook een familielid in huis. De fysiotherapeute en de wijkverpleegster spraken onderling af wanneer zij zouden komen, zodat de een haar uit en de ander weer in bed kon helpen. De huisarts kwam naar behoefte, de wijkverpleegster gaf door als er iets bijzonders was.

Nog steeds kan ze zich zo handhaven in haar eigen huis. Als er geen familielid bij haar is, komt er dagelijks een gezins-hulp. Ze is nu niet meer bang om alleen te zijn. Ze kan zelf met een hand net de telefoon bedienen en de buurtpost bellen als het nodig is.

Hulpverleners

De geïnterviewde werkers hebben ieder hun eigen verhaal te vertellen op de vraag hoe zij de huidige werkelijkheid van de samenwerking zien in relatie tot hun verwachtingen bij de start.

Nel Westra, wijkverpleegkundige in Holendrecht: „Het belangrijkste was de overzichtelijkheid. In de wijk waar ik eerst werkte, was het overleg met huisartsen een ramp. Je had met twintig verschillende huisartsen te maken. Zelfs bij intensieve stervensbegeleiding was er geen overleg. Oudere mensen bij wie ik dagelijks kwam, werden soms plotseling door de huisarts in een verpleeghuis opgenomen. Je had haast nog meer overleg met specialisten dan met huisartsen. Door samenwerking kun je de hulpverlening verbeteren. Je hebt gezamenlijke uitgangspunten, bijvoorbeeld om mensen zolang mogelijk thuis te houden.”

Zij haalt een voorbeeld aan van een hulpbehoevende man die plotseling alleen kwam te staan toen zijn vrouw overleed. De man gaf te kennen heel graag eerst thuis te willen blijven. Dankzij een goed gecoördineerd plan waarin de wijkverpleegkundige, de huisarts, de bejaardenhelpster en de gezinsverzorgster ieder een aandeel hadden, kon de man lang genoeg thuis blijven om de eerste fase van zijn rouw te verwerken en een keuze te maken over zijn verdere toekomst. „Zoiets is mogelijk omdat je weet dat je op elkaar kunt rekenen, je hoeft geen discussie over doelen meer te voeren.

Een ander voorbeeld is dat van een vrouw die psychotisch door de wijk zwierf, nadat haar man plotseling in het ziekenhuis was opgenomen. We hebben ten aanzien van deze vrouw een gezamenlijk beleid ontwikkeld. Doordat steeds iemand even naar haar luisterde, hoefde ze niet te worden opgenomen. Ik

vind het fijn dat ik op een ogenblik tegen de huisarts kan zeggen: nu is er meer structuur nodig, wil je een consult van de psychiater vragen. Mijn verwachtingen wat betreft een kwalitatief betere hulpverlening, zijn volledig uitgekomen. Ik zou als wijkverpleegkundige niet meer in een andere situatie kunnen werken."

Tot slot merkt Nel Westra op dat samenwerken gezellig is.

Raynold Bruessing, huisarts in Holendrecht, ondervindt het als bijzonder waardevol dat van de samenwerking stimulanzen uitgaan om vernieuwend te werken. Door de meer open opstelling van het samenwerkingsverband worden discussies met patiënten over de kwaliteit van de hulpverlening mogelijk.

„Door kennisoverdracht kun je eraan bijdragen mensen meer zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen lichaam. Samenwerking is hiervoor belangrijk. In je eentje is het moeilijk programma's voor democratisering op te zetten.

De besprekingen in het gezamenlijke werkoverleg leiden tot kwalitatief betere hulp. Je leert van elkaar en je toetst elkaar voortdurend. Je gaat overeenkomsten tussen elkaars werk herkennen. Je praat over grenzen, wat is de kern van ieders werk en waar zit de overlap. Bovendien is door de nauwe samenwerking goede coördinatie van de hulpverlening mogelijk."

Stans Mulder, maatschappelijk werkende in het Samenwerkingsproject Amsterdam: „Veel mensen die bij mij komen, zouden nooit bij een instelling voor algemeen maatschappelijk werk zijn terechtgekomen. Bijvoorbeeld mensen met allerlei vage klachten en verschillende gradaties van inzicht in de achtergrond daarvan. Mijn *caseload* is hoog. Circa 10 procent van mijn werktijd is vergadertijd. De meeste hulpverleningscontacten variëren tussen de drie en negen zittingen, met een *follow-up* contact na zes weken. Cliënten worden binnen het team niet verwezen, maar geïntroduceerd bij elkaar. Het aantal introducties dat mislukt, is bijzonder laag, doordat we onderling heel goed op de hoogte zijn van elkaars werkwijze en mogelijkheden. De huisartsen weten ook feilloos de grens tussen mijn werkterrein en dat van de psychiater. Dankzij deze samenwerking worden problemen in een eerder stadium behandeld en is de kans op succesvolle behandeling groter."

Binnen het Samenwerkingsproject Amsterdam maken de praktijkassistenten deel uit van de teams.

Elly Hovestad, praktijkassistente en tevens bestuurslid van de Vereniging Samenwerkingsproject Amsterdam, ondervindt dit als een voordeel. „Je blijft niet met dingen zitten. Je weet wat er met mensen aan de hand is. Nieuwe patiënten die zich aanmelden, krijgen altijd een foldertje mee over het samenwerkingsproject. Veel mensen waardeerden het bestaan van de „eigen" maatschappelijk werkster en de „eigen" wijkverpleegkundige. Ze bellen soms op eigen initiatief een van hen. Sommigen vinden het jammer dat ze niet met de huisarts in een gebouw zitten. Elly attendeert zelf wel eens mensen die naar een MOB of een psychiater vragen, op de mogelijkheden van de maatschappelijk werkster.

B. de Beer, huisarts in het gezondheidscentrum Wantveld te Noordwijk: „Het blijkt een groot voordeel als huisarts maar met twee wijkverpleegkundigen te hoeven overleggen, in plaats van met zes. Tijdsbesparing heeft het samenwerken niet opgeleverd: Wel is er een bijscholings-effect. Dankzij de consultaties zit je niet zo gauw klem. Het belangrijkste is de samenwerking in het *huisteam*, waarin de lijnen worden uitgezet, ook langetermijn-plannen worden gemaakt. Je kunt preventief bezig zijn, waardoor bijvoorbeeld een bejaarde patiënt zich langer in de eigen omgeving kan handhaven. Als centrum heb je bovendien veel meer gezicht naar buiten, waardoor je werkafspraken kunt maken met specialisten."

Rolf Groen, fysiotherapeut in het Wantveld, is zeer positief over de samenwerking met de huisartsen. Hij neemt geen deel aan de *huisteam*-besprekingen, maar heeft met iedere huisarts apart overleg. Huisbezoeken worden gedaan door een collega. Deze woont wel de huisteambesprekingen bij.

Rolf Groen vestigde zich in 1977 in Noordwijk. In 1980 kwam het overleg met de huisartsen op gang. Er werden voorlichtingsavonden voor de huisartsen gehouden, waarop hun aan de hand van casuïstiek werd duidelijk gemaakt, hoe zij de fysiotherapie nuttiger konden gebruiken. Dit leidde tot afspraken omtrent verwijzingen en het stoppen van zinloze behandelingen. Er werden protocollen opgesteld voor de handelwijze bij diverse aandoeningen, zoals nek-, schouder- en rugklachten,

habituele schouderluxatie, zweepslag en enkeldistorsie. „Het grote voordeel van de samenwerking is dat je zinnig bezig bent en niet als „parkeerplaats" functioneert. Er wordt vanuit het gezondheidscentrum zeer weinig verwezen naar orthopeden en neurologen."

Beschouwing

De geïnterviewde werkers zien blijkbaar zowel voor patiënten als voor zichzelf belangrijke winstpunten in de multidisciplinaire samenwerking. Van de patiënten die aan het woord waren, hebben de eerste twee ondervonden dat hulpverlening iets is waar zij zelf een aandeel in kunnen hebben en waar zij ook kritisch tegenover kunnen staan. De derde vrouw zou wellicht al lang in een verpleeghuis zijn terechtgekomen, als zij niet in het verzorgingsgebied van een dergelijk samenwerkingsverband had gewoond.

Dat home-teams en gezondheidscentra kwalitatief hoogwaardige hulp leveren, wordt ook door beleidsmakers erkend.^{14 15} Niettemin verkeren vooral de werkers in de gezondheidscentra al jaren in slopende onzekerheid: kan het verrichte werk worden bestendigd, of zal het toch steen voor steen onder hun voeten worden afgebroken. Ondanks de positieve geluiden die in een aantal beleidsnota's hebben doorgeklonken, is tot op heden geen structurele financiering van de meerkosten gerealiseerd. De huidige subsidieregelingen zijn gebaseerd op de gangbare normen voor de hulpverlening – bijvoorbeeld de normpraktijk voor de huisarts. Nieuwe vormen van hulpverlening kunnen slechts tot hun recht komen als de normen hieraan worden aangepast.

De financiële onderbouwing van de overlegtijd is onvoldoende. Er wordt geen rekening gehouden met de bewerkelijkheid van de doelpopulatie. In de wijk Holendrecht bijvoorbeeld is 25 procent van de woningen bestemd voor mensen met een medische urgentieverklaring. Daarnaast zijn er omstreeks vijftig aangepaste invalidenwoningen, waarin ernstig invalide mensen wonen. Gezondheidscentra zijn middelgrote organisaties, met 25 à 30 medewerkers – en als zodanig zijn zij toegankelijk voor controle van buitenaf, aanspreekbaar op kwaliteit en kunnen zij zich profileren als onderhandelingspartner met andere organisaties in de gezondheidszorg en met de overheid. De voorwaarden om een gezondheidscentrum als organisatie ook voldoende professioneel te kunnen, zijn echter niet verwezenlijkt.

De coördinatie subsidie bedraagt slechts een derde van het bedrag dat bijvoorbeeld een AGGZ-instelling van gelijke grootte hiervoor ontvangt.

De home-teams kampen met minder problemen, doordat zij in mindere mate de bestaande structuren doorbreken. De twintig home-teams van het Samenwerkingsproject Amsterdam gedijen uitstekend in oude stadswijken. Gezondheidscentra zijn niet voor niets merendeels in nieuwbouwwijken te vinden.¹⁶

Ik wil dit artikel besluiten met een vijftal conclusies die ik volledig voor eigen rekening trek uit de gelezen literatuur, de gevoerde gesprekken en eerdere ervaringen:

- Het tot stand brengen van gestructureerde, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden is met name daar belangrijk, waar de bestaande structuur van de eerstelijns hulpverlening zeer onoverzichtelijk is, of (nog) ontbreekt.
- De waarde van gestructureerde multidisciplinaire samenwerking wordt het duidelijkst ondervonden door mensen die een intensief beroep op de hulpverlening (moeten) doen. Het zijn ook deze mensen die bij een tekortschietende coördinatie in de eerste lijn, in de tweede of derde lijn terecht komen.
- Gestructureerde, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen,

vooral als zij wijkgericht of buurtgericht werken, kristallisatiekernen zijn voor democratisering van de gezondheidszorg, en in sommige gevallen zijn zij dit ook.

- Het realiseren van gestructureerde, multidisciplinaire samenwerking vraagt een grote inzet van alle betrokkenen. Het is belangrijk met zo min mogelijk ongunstige factoren te starten – geen te grote belangenverschillen, geen voor-sprongssituatie voor een der disciplines, zoveel mogelijk overeenkomstige rechtspositieregelingen.

- En tot slot, ook niet onbelangrijk: werken in een goed functionerend multidisciplinair samenwerkingsverband is zeer bevredigend.

¹ Meijering G, Willigen V van der. Het samenwerkingsproject Amsterdam. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 222-5.

² Mulder JD. Drie jaar groepspraktijk en gezondheidscentrum Noordwijk aan Zee. Huisarts en Wetenschap 1984; 17: 299-304.

³ Crebolder HFJM. Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis III. Welke hulpverlener bij welk probleem kiest de patiënt van het Withuis. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 73-7.

⁴ Crebolder HFJM. Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis VI. Cijfers en beschouwingen betreffende het medisch handelen. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 43-52.

⁵ Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. I. Praktijkvormen en produktiecijfers.

Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

⁶ Lamberts H. De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 56-62.

⁷ Tan TB. Drie wijken in Rotterdam, verzekeringsgeneeskundig gezien [Scriptie sociale geneeskunde]. Utrecht, 1973.

⁸ Lamberts H. Praten over patiënten, een kwantitatieve benadering. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 181-5.

⁹ Weel C van, Lamberts H. Het gezondheidscentrum in de wijk. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 386-8.

¹⁰ Ebbens FH. Een patiëntenvereniging binnen het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 264-7.

¹¹ Lamberts H. Samenwerking in een team... een routebeschrijving door een ruig landschap. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 15-23.

¹² Dubois V. De wankel stabiliteit van het team van een gezondheidscentrum. Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 178-80.

¹³ Crebolder HFJM. Onderzoeken rond het gezondheidscentrum Withuis X. Organisatie en werkwijze. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 301-5.

¹⁴ Anoniem. Schets van de eerstelijns gezondheidszorg. Med Contact 1980; 35: 387-90.

¹⁵ Anoniem. Nota aan de Tweede Kamer over sleutelpositie eerstelijnszorg. Med Contact 1983; 38: 1627-8.

¹⁶ Swinkels MAA. Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening. Med Contact 1982; 37: 1409-11.

W. L. I. BOGAARTZ

Sterk gestructureerde samenwerking: noodzaak of tijdsverschijnsel?

Een goede praktijkvoering wordt onder meer gekenmerkt door directe toegankelijkheid, een lage drempel, een goede persoonlijke relatie met de patiënt, solidariteit, goede samenwerking met andere hulpverleners en een maximale waarborging van het beroepsgeheim. De auteur verdedigt het standpunt dat dit alles het beste in een solo-praktijk is te realiseren. De solist dient dan wel de juiste attitude te hebben, goed geoutilleerd te zijn en de beschikking te hebben over adequate praktijkassistentie. De toename van het aantal groepsverband-artsen ziet hij dan ook als een tijdsverschijnsel en niet als dé methode om (nog) betere huisartsen te krijgen.

Inleiding

Ik wil graag een goede huisarts zijn: iemand die, binnen zekere grenzen, zowel goede geneeskunde als goede geneeskunst beheerst. Dit betekent in de eerste plaats dat ik deskundig moet zijn en blijven, en dat ik daartoe de nodige vaardigheden moet hebben. Een continue bij- en nascholing is daarvoor noodzakelijk.

Ik wil samenwerken met mijn patiënt en zijn toenemende mondigheid erkennen. Zijn inbreng zal ik naar waarde toetsen en in onderling overleg benutten. Samenwerken wil ik ook met andere werkers in de gezondheidszorg, waarvoor goede overlegsituaties moeten worden geschapen. Samenwerken is samen delen, waar ik geen moeite mee heb. Ik behoef immers niet alles alleen te doen; ik zou het trouwens ook helemaal niet kunnen. Dienstbaar wil ik zijn voor mijn patiënten, al ben ik me ervan bewust dat dit lang niet altijd spectaculair is.

Met plezier en in alle rust (ondanks het onverwachte en soms spoedeisende dat inherent is aan een huisartspraktijk) wil ik mijn werk doen, zonder een voortdurende dreiging dat ik op een onheuse manier ter verantwoording kan worden geroepen. Hard werken vind ik niet erg en een grote verantwoording dragen evenmin, al is het natuurlijk niet onredelijk dat ik ook over enige vrije tijd beschik en dat ik wat privacy wil heb-

ben. Vanzelfsprekend mag mijn functieneren getoetst worden en ben ik bereid mijn doen en laten ter discussie te stellen. Het zal me kunnen helpen, een zelfbewuste huisarts te zijn en te blijven, die gelooft in zijn taak.¹

Om dit al te kunnen realiseren, is het naar mijn mening beslist niet noodzakelijk dat ik mijn praktijk uitoefen in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Ik meen zelfs dat mijn werk dan te kort zou schieten. Alleen in een solo-praktijk meen ik optimaal te kunnen functioneren.

Dit zal ik in het hierna volgende proberen aan te tonen.

Buiten kijf

De huisarts moet ervan uitgaan dat hij door zijn werk voorziet in de vraag naar medische hulp bij degenen die hem als huisarts gekozen hebben. De hulpvragen zijn in te delen in somatische en psychosociale hulpvragen en onduidelijke mengvormen. De eerste groep blijkt verreweg de grootste te zijn, de psychosociale groep is het kleinst (2-10 procent). Niettemin zijn er opvallende verschillen die vooral worden bepaald door verschillen in de attitude van de huisarts.²

De geboden hulp kan bestaan uit het brengen van genezing, dan wel het verlichten van lijden en/of het geven van troost in een sfeer van wederzijds vertrouwen. Daarnaast heeft de huisarts

een belangrijke preventieve taak, zowel primair, secundair als tertiair: respectievelijk het voorkomen van ziekte, het voorkomen van erger, en het bijdragen aan de revalidatie. De huisarts is echter niet in staat om alle problemen van zijn patiënt op te lossen.

Door de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde en daarnaast het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en de fysiotherapie, is een drang tot samenwerken en verwijzing ontstaan: verticale verwijzing naar de specialisten en horizontale samenwerking met andere hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg. In het *Basistakenpakket van de huisarts* staat daarover:

Het is de taak van de huisarts

– de mogelijkheden en begrenzingen van zijn hulpverlening te onderkennen en derhalve samen te werken met andere hulpverleners.

– hierbij initiatieven te nemen teneinde de samenwerking praktisch gestalte te geven waarvoor het organiseren van een goede onderlinge bereikbaarheid en herkenbaarheid alsmede werkoverleg noodzakelijk is.

– in deze samenwerking de privacy van de patiënt te waarborgen en een andere hulpverlener pas in te schakelen na verkregen toestemming van de patiënt.³

Verschiedene vormen en niveaus van samenwerking zijn hiervan het gevolg. Waaruit bestaat de winst van die samenwerking eigenlijk? Winst voor de patiënt of meer voor het eigen beroepsmatig functioneren? Of wordt het samenwerken meer doel op zichzelf dan een methode om als huisarts beter te kunnen functioneren? Everwijn e.a. wezen hier reeds op.⁴ De noodzaak tot samenwerking staat buiten kijf; de wijze waarop is echter een omstrede zaak.

Meerderheid

Ruim vijftien jaar geleden ontstonden de eerste groepspraktijken en gezondheidscentra. Geleidelijk aan is het aantal toegenomen, zodat er op 1 januari 1983 91 groepspraktijken en 120 gezondheidscentra geregistreerd konden worden. Dit betekent dat 12 procent van de Nederlandse huisartsen in een van deze vormen van een samenwerkingsverband werkt. Ook zijn vele huisartsen werkzaam in associatief verband (tabel 1). Het grootste deel van de huisartsen (58 procent) werkt echter nog als solist. Vooral jonge huisartsen blijken

de voorkeur te geven aan groepsverbanden (tabel 2). Daarnaast is er bij artsen van 60-64 jaar een relatief grote voorkeur voor de groepspraktijk.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen twee typen samenwerking:

- samenwerking bij toetreding tot de huisartspraktijk dan wel samenwerking om geleidelijk met de praktijk te stoppen, respectievelijk voor de beginnende huisarts en voor de arts die de pensioengerechtigde leeftijd nadert;

- samenwerking die voortvloeit uit een bepaalde visie op de vervulling van de huisartsfunctie; vooral deze categorie komt in deze beschouwing aan de orde. Samenwerken is verre van eenvoudig, noch in organisatorisch opzicht, noch wat de inhoudelijke aspecten betreft. Niet voor niets is er een groot verloop bij de samenwerkingsverbanden. Maar waarom is er dan toch nog steeds een toename van het aantal in groepsverband werkzame huisartsen?

Samenwerking in groepspraktijken en gezondheidscentra maakt een herhaald gestructureerd overleg tussen de verschillende hulpverleners mogelijk. Het samenwerken als huisarts in een groepspraktijk met collegae en vertegenwoordigers van andere disciplines verschilt niet fundamenteel van wat de solist doet, doch slechts formeel. Puur solistisch werkzaam zijn in de gezondheidszorg in deze tijd is immers onmogelijk. Ook het takenpakket van artsen in een samenwerkingsverband is niet anders dan het takenpakket van solistisch werkzame collegae.⁶ Bovendien is het bewijs dat door een intensievere, meer gestructureerde vorm van samenwerken een beter produkt verkregen wordt dan in een solo-praktijk, niet geleverd.⁷ Daarvoor is de hulpverlening trouwens een veel te complex gebeuren dat nau-

welijks door samenwerking alleen verbeterd kan worden.

Tijdsverschijnsel

Dat groepsverbandartsen stimulerend op elkaar zouden kunnen werken, is even waar als het tegengestelde. De patiënten vragen ook niet om groepsverbandartsen. De patiënt verlangt een goede huisarts, die hem aanhoort, nader informeert, begrijpt, onderzoekt en een duidelijk advies geeft en beter maakt; iemand met wie hij een duurzaam verbond aangaat. En of zijn dokter nu werkt in een groepspraktijk of als solist werkzaam is, zal zijn keus niet beïnvloeden.

De toename van groepsverbandartsen is naar mijn mening te verklaren door de volgende factoren:

- de indoctrinatie die plaatvindt, vooral uit de hoek van de gedragswetenschappers waar te veel tegenaan wordt geleund;

- de grote persoonlijke verantwoordelijkheid zou voor velen wel eens te zwaar kunnen zijn;

- de veranderde attitude ten aanzien van workload en privacy: waren artsen voorheen bereid dag en nacht voor hun patiënten ter beschikking te staan, nu zijn artsen hiertoe veel minder bereid (gewijzigde taakopvatting);

- de hogere eisen die gesteld worden aan zijn functioneren maken de huisarts steeds onzekerder.

Voor dit laatste zijn weer allerlei oorzaken aan te geven: de snelle ontwikkeling van de wetenschap in de geneeskunde is nauwelijks voor een generalist bij te houden; de overmaat aan techniek in de tweede lijn; de toenemende mondigheid van de patiënt, die bovendien vaker op zijn recht staat dan er om vraagt; de ondeskundige bemoeizucht van der-

den; de oncollegiale houding van andere hulpverleners, zowel in de eerste als tweede lijn; de veranderde maatschappij, die ook haar claim eist. Al deze oorzaken wijzen op een tijdsverschijnsel.

Door een hechterere vorm van samenwerking zou de verantwoordelijkheid meer gedeeld kunnen worden, terwijl er dan ook meer mogelijkheden zijn voor privacy. Men zou elkaar meer kunnen steunen. De praktijkoutillage zou verbeterd kunnen worden en mede daardoor zou een zekere specialisatie binnen de groep mogelijk zijn.

Tegenover deze onmiskenbare voordelen staan de voordelen van het functioneren in een solo-praktijk⁸:

- de grote eigen verantwoordelijkheid, die ook bevredigend kan werken;

- de grotere persoonlijke betrokkenheid ten opzichte van de patiënt (het belang van de relatie tussen arts en patiënt is van grote invloed op de effectiviteit van de geboden hulp);

- een grotere zelfstandigheid en persoonlijke vrijheid (dit betekent niet vrijblijvendheid!);

- een lage drempel voor de patiënt: hoe meer de organisatie gestructureerd is (bij samenwerkingsverbanden), des te hoger de drempel;

- een grotere waarborg van het beroepsgeheim;⁹

- een betere geografische spreiding;

- de bedrijfsvoering is goedkoper;

- een grotere flexibiliteit in bedrijfsvoering.

Patiënt en omgeving

Bij samenwerking dient onderscheid gemaakt te worden, met wie wordt samengewerkt: de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving, collegae, andere eerstelijns hulpverleners en specialisten.

Tabel 1. Vormen van praktijkvoering van de Nederlandse huisartsen per 1 januari 1983; N = 5616.⁵

Praktijkvorm	Aantal	Percentage
Solo	3247	57,8
Solo + assistent	252	4,5
Geassocieerd doch praktizerend in verschillende gebouwen	161	2,9
Associatie in één gebouw (geen groepspraktijk of gezondheidscentrum)	1279	22,8
Groepspraktijk	302	5,4
Gezondheidscentrum	375	6,7

Tabel 2. Solopraktijk en leeftijd, 1968-1981. Percentages van het totaal aantal huisartsen in het betreffende jaar.⁵

Leeftijd in jaren	1968 (N=4324)	1973 (N=4514)	1978 (N=5060)	1981 (N=5412)
< 30	68,8	64,5	49,6	47,5
30-34	78,6	68,2	56,8	50,1
35-39	88,1	77,1	60,5	56,3
40-44	90,3	81,8	68,4	59,9
45-49	92,9	86,4	72,4	66,7
50-54	91,0	88,9	78,3	70,1
55-59	93,5	85,7	78,8	70,9
60-64	86,9	87,2	70,6	66,0
65-69	91,2	83,6	75,0	65,6
70+	83,3	92,1	83,1	79,7
Totaal	88,6	81,0	66,4	59,4

Wat de samenwerking met de patiënt betreft, kan worden opgemerkt dat de huisarts primair een persoonlijke hulpverlener is. Samen met zijn patiënt moet hij de aangeboden problemen verduidelijken, analyseren en proberen op te lossen. Bij dit probleem-oplossend proces zijn somatische, psychische en sociale aspecten betrokken.

Daar de huisarts functioneert in de eerste lijn en vrij toegankelijk is, zal hij meestal werken nadat hem om hulp is gevraagd. Hij zal dan zijn patiënt respectvol tegemoet treden, wat onder meer tot uiting komt in goede omgangsvormen, verzorgde kleding en nette ontvangruimten. Hij zal luisteren, aanvullend informeren, onderzoeken, diagnosticeren, adviseren, behandelen of verwijzen. Hierbij maakt hij gebruik van datgene wat hij reeds wist (levensloopgeneeskunde). Huisarts en patiënt dienen alzo samen te gaan in een – wat Gill noemt – duurzame „tweezaamheid”.¹⁰ Voor zo'n samenspraak is nodig een goede gespreksvaardigheid en een psychologisch inzicht van de huisarts in zichzelf, in de patiënt en in zijn omgeving.

Waar het om gaat is: de patiënt vraagt om een goede dokter.

Aan enige patiënten heb ik gevraagd, wat zij van een goede huisarts verwachten. Vanzelfsprekend stond de deskundigheid hoog genoteerd. Daarnaast verwachtte men een persoonlijke betrokkenheid en beschikbaarheid. Hiertoe behoort de huisarts op verantwoordere wijze te zorgen voor geregelde waarneming bij afwezigheid. De huisarts dient zich voorts goed te realiseren dat een bezoek aan de dokter voor de patiënt meestal geen pretje is, en dat angst een grote rol speelt. Bovendien moet de mens in nood vaak een deel van zijn eigen ik prijsgeven. Eén patiënt stelde zelfs de „tien geboden” op, waaraan de goede huisarts dient te voldoen. Hij moet 1) rustig en kalm, 2) attent, 3) geduldig, 4) belangstellend, 5) tactisch, 6) gezaghebbend (doch niet autoritair), 7) afstandelijk, 8) eerlijk, 9) vertrouwen wekken (en geven), en tenslotte 10) niet eigenwijs zijn.

Een bevriend collega meende dat er, los van kennis, inzicht en vaardigheden, een ander belangrijk kenmerk aanwezig dient te zijn, gelegen in de persoonlijkheid van de huisdokter. In houding en opstelling moet hij de patiënt de mogelijkheid bieden tot een geaccepteerde afhankelijkheid, met behoud van zelfstandigheid. Het vermogen om met deze dualiteit goed en op een vanzelfsprekende en natuurlijke wijze om te gaan,

zou het essentiële kenmerk zijn van een goede huisarts.

Overigens realiseerden de ondervraagde patiënten zich best dat de dokter ook maar een gewoon mens is, met een eigen leven en dat de individuele hulpzoeker de status van patiënt te delen heeft met vele anderen.

Er zijn vele goede dokters, allen verschillend. En of zo'n dokter nu gestructureerd samenwerkt of niet, bepaalt niet zijn deskundigheid, of attitude te luisteren, of hij kan uitleggen en informatie geven en of hij de juiste beslissingen kan nemen.¹¹

Collegae

De samenwerking met andere huisartsen kent vele gradaties, van samenwerking in een waarneming tijdens weekends en vakanties, tot samenwerking in een groepspraktijk.

Hier komt de solidariteit om de hoek kijken. Terecht vroeg Leclercq zich af waar de oude solidariteitsgedachte is gebleven.¹² In toenemende mate schijnt een onderscheidingsdrang de plaats daarvan te hebben ingenomen. Niet alleen in de echelonering komt dit tot uitdrukking, maar ook in de verschillende wijzen van samenwerken. Er wordt onderscheid gemaakt tussen solisten, associés, artsen in groepspraktijken en collegae in gezondheidscentra. Het onderscheid zet zich zelfs voort in de organisatie: 10 procent van de huisartsen is geen lid van de LVH. Bovendien is nog geen 50 procent van de huisartsen lid van het NHG.

Ik zou bij deze cijfers, die de beperkte organisatiegraad in ons beroep typeren, de volgende opmerking willen plaatsen. De individuele artsen ondergaan lijdelijk maatregelen van buitenaf die ingrijpende gevolgen hebben op hun beroepsuitoefening, zoals de normering van de praktijkgrootte, de verplichte vestigingsregeling, het vaststellen van tarieven. Meer dan voor andere beroepsoefenaars worden voor huisartsen regelingen getroffen betreffende pensioen, overname en goodwill. Door zijn geringe solidariteit (en grote individualiteit) ondergaat de huisarts lijdzaam wat de buitenwereld hem oplegt, en dit uit overwegingen die in feite niet uit het algemeen belang van de gezondheidszorg voortvloeien. De huisarts onderkent zelf niet zo gauw de voordelen van onderlinge saamhorigheid en moet daar derhalve van buitenaf op gewezen worden.

Zeer terecht wordt in het *Basistakenpakket* opgemerkt dat samenwerking

tussen huisartsen om verschillende redenen wenselijk is. Het zou de individuele arts steunen in zijn werken en het zou het onderhouden van noodzakelijke relaties bevorderen. Het zou meer kracht naar buiten toe geven. Ook zou het meer mogelijkheden geven voor toetsing en nascholing, terwijl vestigingsregelingen er beter door zouden zijn te sturen.³ Bovendien vereist het uitwisselen van gedachten over maatschappelijke verschijnselen die de gezondheidszorg kunnen beïnvloeden, samenwerking op intercollegiaal huisartsenniveau.

Dit is allemaal niet gering. De huisarts heeft ook nog recht op zijn eigen gezinsleven. Zijn gezin mag niet de dupe worden van zijn praktijk. Het gaat daarbij overigens minder om de aan het gezin gewijde uren dan om investering in liefde, aandacht en trouw. Het gezin zal dan kunnen accepteren dat reëel werk vóór het meisje gaat.

Om een en ander te kunnen realiseren, is echter een nauw gestructureerde samenwerking als in een groepspraktijk niet noodzakelijk. Door de maandelijksse bijeenkomsten van de waarneemgroep, het lidmaatschap van diverse artsenclubs en het regelmatig bijwonen van wetenschappelijke vergaderingen in de diverse Haagse ziekenhuizen, heb ik zeer frequente contacten met andere huisartsen. Vooral door NHG-studiegroepen is dat contact zeer intensief betrokken op mijn werk als huisarts. Daardoor voel ik mij, ook al werk ik als solist, niet alleen en sta ik ook niet in de mist.

Andere eerstelijns hulpverleners

Door samenwerking met andere werkers in de eerstelijns gezondheidszorg wordt het effect van de hulpverlening natuurlijk vergroot. In het *Basistakenpakket* wordt dit dan ook duidelijk aangegeven, doch tevens wordt daarin gewezen op de forse persoonlijke inzet die samenwerking vraagt.

In de praktijk blijkt het inderdaad allemaal niet zo gemakkelijk. Het samenwerken wordt bemoeilijkt door verschillen in maatschappelijke status, dienstverband, honorering, taakopvatting, werkwijze, manier van uitdrukken. Zeker in de grote steden is er geen sprake van eenzelfde doelpopulatie. Zo is de huisarts een vrije beroepsoefenaar, terwijl de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker in loondienst zijn. Bovendien behoort de organisatie van het maatschappelijk werk niet tot de gezondheidszorg.

Bij dit alles dient men zich goed te realiseren dat de samenwerking geen doel op zichzelf mag zijn, maar slechts een middel om tot een betere hulpverlening te komen. Bovendien vraagt het gestructureerde overleg veel tijd en is het mede daardoor erg kostbaar. Een minder gestructureerde vorm van samenwerking, bijvoorbeeld telefonisch en/of schriftelijk, al of niet gecombineerd met „even bij elkaar binnen wippen”, heeft dit nadeel niet, zodat deze samenwerking mij veel minder tijd kost en ook veel meer bevredigt. De wijkverpleegkundige weet mij te vinden en omgekeerd. Dit geldt evenzo voor de hulpverleners van het maatschappelijk werk, de fysiotherapeut, de apotheker, en de pastor.

Een zeer belangrijk nadeel van een te gestructureerde multidisciplinaire benadering is, dat geen enkele hulpverlener de verantwoordelijkheid op zich neemt en dat de hulpverlening onpersoonlijk wordt. Over al deze nadelen wordt nauwelijks gerept, maar wel leest men talloze verhalen over de waarde van een nauwe samenwerking.¹³ Een wijkverpleegkundige met wie ik veel samenwerk, formuleerde het als volgt: „De patiënt wil een persoonlijke helper en geen batterij hulpverleners. De vertrouwde arts, op gezinsniveau functionerend, begrijpt de patiënt het beste. Elke week vergaderen is niet noodzakelijk. De hulpverleners moeten elkaar weten te vinden. En wanneer er sprake is van een probleem zal men ook weten te luisteren”.

Voor de samenwerking met het maatschappelijk werk geldt dit evenzo; bovendien wordt de praktische waarde ervan vaak te hoog aangeslagen. Een nauwe samenwerking met een goede praktijkassistente is voor mij wel noodzakelijk om op een verantwoorde wijze als huisarts te kunnen functioneren.

Specialisten

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten is voor goede patiëntenhulp vanzelfsprekend en ook noodzakelijk. Toch verloopt deze samenwerking lang niet altijd vlekkeloos.

In het *Basistakenpakket* worden de belemmeringen voor een optimale samenwerking onderscheiden in persoonsgebonden, professie-gebonden en systeem-gebonden. Huisartsen en specialisten hebben een totaal andere wijze van benadering van de patiënt. Huygen merkte reeds op dat specialisten aannemen dat hun patiënt ziek is, tot het tegendeel is bewezen. Huisartsen daar-

entegen nemen in wezen aan dat hun patiënten gezond zijn. In ieder geval zou de huisarts de zieke behandelen en is de specialist geneigd de ziekte te bestrijden.¹⁴

Aan enige specialisten vroeg ik wat naar hun mening een goede huisarts is. Samengevat kwamen hun antwoorden hierop neer:

- hij moet anamnestiche gegevens en klinische symptomen goed kunnen interpreteren;
- hij dient laboratoriumgegevens kritisch te kunnen beoordelen;
- hij zal op de hoogte moeten blijven van nieuwe specialistische ontwikkelingen, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied;
- hij behoort voldoende inzicht te hebben in de therapeutische mogelijkheden;
- hij zal voldoende waakzaam zijn ten aanzien van medicalisering van psychosociale problematiek;
- zijn patiënt zal hij slechts verwijzen, nadat hij zijn deel van de geneeskundige taak naar behoren heeft vervuld;
- die verwijzing moet gepaard gaan met relevante gegevens en een duidelijke vraagstelling;
- hij dient goede contactuele relaties met de specialist te onderhouden;
- bovendien moet hij ook intramuraal actief blijven.

Als de huisarts aan deze voorwaarden voldoet, kan de specialist met recht als een deskundig verlengstuk van de huisarts functioneren. De toegang tot het tweede echelon bestaat meestal uit een verwijzing door de huisarts. Het is bekend dat er grote verschillen bestaan tussen de verwijzpercentages. Als uitersten worden beschreven de huisarts die geen risico wil lopen iets over het hoofd te zien, en op zekerheid speelt (grote onzekerheids-tolerantie), en de huisdokter die er tegen waakt dat in wezen gezonde mensen ziek worden gemaakt (cave medicalisering).¹⁵ Structurele factoren als praktijkgrootte en samenstelling van de praktijkpopulatie, spelen mee, naast sociale en geografische om-

Tabel 3. Verwijspercentages in de solo-praktijk van de auteur en de landelijke gemiddelden, 1978-1982.

Jaar	Oogziekten		Overige specialismen	
	landelijk	landelijk	landelijk	landelijk
1978	12	11	12	33
1979	11	11	11	35
1980	11	12	12	39
1981	12	12	13	38
1982	12	12	15	39

standigheden.¹⁶ De taakopvatting van de huisarts en zijn equipment zijn naar mijn mening echter de beslissende factoren.

Het is niet waar dat dé groepspraktijk minder zou verwijzen naar de specialist, dat zodoende minder patiënten worden opgenomen in een ziekenhuis, en dat aldus goedkoper zou worden gewerkt door dé groepspraktijk dan door dé solist.¹⁷⁻¹⁹ In mijn solistische praktijk ligt het verwijzpercentage ver onder het algemeen gemiddelde (tabel 3).

Om op een verantwoorde wijze een laag verwijzpercentage te krijgen, is het gebruik van diagnostische hulpmiddelen noodzakelijk. Baggen e.a. wezen er reeds op dat een gepast gebruik van technische verworvenheden in een huisartspraktijk noodzakelijk is.²⁰ Wel dienen deze gehanteerd te worden binnen de context van een arts-patiënt relatie die op vertrouwen is gebaseerd. Zo zou men kunnen komen tot een optimale persoonlijke hulpverlening en zou men een tegenwicht kunnen vormen ten opzichte van de specialistische geneeskunde die neigt tot een elektronisch beheerst en machine-gericht handelen. Het streven van de LHV om het groepsproces binnen de waarneemgroep zodanig te versterken dat specialisten dan nauw zouden samenwerken met groepen huisartsen in plaats van met individuele huisartsen, gaat mij te ver.²¹ Dat binnen één huisartsengroep slechts met één specialist van een bepaalde discipline zou worden samengewerkt, vind ik eerder een nadeel dan een voordeel. Ik prijs me voor mijn patiënten gelukkig dat ik in een stad als Den Haag kan kiezen uit vele specialisten en diverse ziekenhuizen. Waar het om gaat, is dat er goede contacten bestaan tussen eerste en tweede echelon. En deze zullen zeker leiden tot een goed verwijzbeleid waarmee de patiënt uiteindelijk het beste gediend is.

Een nauw gestructureerde samenwerking tussen huisartsen en specialisten is dan ook niet nodig.

Conclusie

Er bestaat een grote invloed van de attitude van de huisarts op zijn manier van werken. In het verleden hebben verschillende auteurs hier al op gewezen.^{15 16 18} Een goede praktijkvoering wordt onder meer gekenmerkt door een directe toegankelijkheid, een lage drempel, een goede persoonlijke relatie met de patiënt volgens het participatiemodel,²² solidariteit met de patiënt (waarmee voortgebouwd wordt op een

stuk historie: levensloopgeneeskunde), grote flexibiliteit, waardoor snel adequate beslissingen genomen kunnen worden, een goede samenwerking met andere hulpverleners en een maximale waarborging van het beroepsgeheim en dit alles op een financieel verantwoorde wijze.

Ik meen dat dit in een solistische praktijk het beste te realiseren is. Maar zoals gesteld: de solo-arts dient wel de juiste attitude te hebben, goed geoutilleerd te zijn en de beschikking te hebben over een adequate praktijkassistente.

Natuurlijk ben ik wel kwetsbaar, vooral ook doordat de patiënten steeds meer eisen. De samenleving dient er echter van doordrongen te worden dat haar jacht op zekerheden, die veelal schijnzekerheden zijn, moet verdwijnen.²³ In plaats daarvan is het beter een grotere solidariteit – dat wil zeggen vertrouwensrelatie met de patiënt – op te bouwen, waarin gemakkelijk is onder te brengen dat 100 procent zekerheid niet te bereiken is. Ik meen dat dit in een solo-praktijk ook beter is te realiseren dan in een groepsverbandpraktijk. Bovendien vraagt de patiënt niet om groepsverbanden. Hij vraagt om een goede dokter.

De toename van het aantal groepsverbandartsen zie ik dan ook als een tijdsverschijnsel en niet als dé oplossing om (nog) betere huisartsen te krijgen. Daarom hebben de solisten de boot ook niet gemist.

Ik wil besluiten met een hartekreet: laat de huisarts zijn idealisme niet verliezen

in de slijtageslag van alledag. Laat hij werkelijke diensten verrichten op goede indicaties. En laat hij reële vooruitgang toepassen.

Dankbetuiging

Gaarne wil ik de patiënten, maatschappelijke werkers, wijkverpleegkundigen en collega's bedanken voor de bouwstenen die zij aandroegen voor het schrijven van dit artikel, alsmede Dr. G. F. A. de Jong, Dr. A. J. van Meurs en Dr A. P. Oliemans voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

- ¹ Huygen FJA. Huisarts, hoe sta je er voor? Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 412-4.
- ² Becking WJM. De huisarts een zwart schaap met vijf poten in de gezondheidszorg? Med Contact 1979; 34: 1401-4.
- ³ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- ⁴ Everwijn SEM, Melker RA de, Spreeuwenberg C. Huisartsgeneeskunde naar volwassenheid. Med Contact 1983; 38: 245-51.
- ⁵ Anoniem. Cijfers en studies uit de huisartsregistratie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- ⁶ Boots JMJ. Het werk van de huisarts. [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- ⁷ Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 465-75.
- ⁸ Bogaartz WLI. Solo-praktijk nieuwe stijl. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 371-5.
- ⁹ Daniëls JJHM. Het is een taak van de KNMG te waken tegen elke aantasting van het beroepsgeheim. Med Contact 1983; 38: 742.

- ¹⁰ Gill K. De neus van Cleopatra. Paradigmatische verkenningen. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 459-64.
- ¹¹ Rooymans HGM. Wat verwacht de patiënt van zijn dokter? Med Contact 1983; 38: 603-6.
- ¹² Leclercq RMFM. Huisarts, quo vadis? Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 179-80.
- ¹³ Taylor R. Stuurloze geneeskunde. Lochem, Poperinge: De Tijdstroom, 1983.
- ¹⁴ Huygen FJA. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 447-50.
- ¹⁵ Eyk JThM van. Verschillen in praktijkvoering van huisartsen. Med Contact 1979; 34: 987-91.
- ¹⁶ Raupp JLM. Over werkwijzen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1971.
- ¹⁷ Peters L, Wijkkel D. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Med Contact 1984; 39: 9-13.
- ¹⁸ Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten FWMM. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Med Contact 1983; 38: 1629-32.
- ¹⁹ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. 1. Praktijkvorm en productiecijfers. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- ²⁰ Baggen JL, Vaessen MHJ, Leeuwen YD van. Huisarts en techniek. Med Contact 1981; 36: 1460-2.
- ²¹ Mulder Dzn JD. Samen werken. [Inaugurale rede]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.
- ²² Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Dissertatie. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1981.
- ²³ Es JC van. Functionele klacht op de scheidslijn. Med Contact 1983; 38: 807.