

De Nederlandse huisartsen: een kennisintensieve organisatie?

Wim Verstappen, Sjoerd Hobma

Alice zei: 'Kunt u mij misschien vertellen welke kant ik op moet?'
 'Dat hangt er heel erg van af waar je heen wil', zei de kat.
 'Dat kan me niet zoveel schelen', zei Alice.
 'Dan doet het er niet toe welke kant je op gaat', zei de kat.
 'Als ik maar ergens kom', voegde Alice er bij wijze van verklaring aan toe.
 'O, dat zal wel lukken', zei de kat, 'als je maar lang genoeg doorloopt'.

Lewis Carroll

Is het niet paradoxaal? Terwijl de huisartsen zelfbewust naar buiten treden voor betere honorering bakkeleien ze intern over de toekomst van het vak met vragen als 'hoe moet de huisarts omgaan met "niet-medische" vragen' en 'wat moet de huisarts met preventie?' Hoewel de inhoud van het vak belangrijk is, zal een discussie daarover de problemen die huisartsen als individuele professionals en als organisatie tegenkomen niet oplossen. In dit artikel gaan we door op de kritiek van Zaat op het LHV/NHG-visierapport, dat het rapport nauwelijks aandacht besteedt aan de noodzaak tot kennismanagement door huisartsen.¹ We beschouwen de huisartsen als een organisatie van kennisintensieve professionals.²⁻⁴

Een kennisintensieve organisatie

Een organisatie van professionals kiest ervoor collectief een doel en/of ideaal na te streven en daarvoor werk- en gedragsafspraken met elkaar overeen te komen. De doelstelling van de organisatie, de *missie*, geeft een min of meer kwalitatief en filosofisch antwoord op de vraag waarom huisartsen er zijn. Een missie heeft een functie binnen de organisatie zelf: ze moet inspireren en enthousiasmeren. Maar een missie heeft ook een extern doel: ze toont het maatschappelijk nut aan en is van belang bij onderhandelingen. We stellen ons de missie voor de huisartsgeneeskunde als volgt voor: huisartsenzorg is een lokale, laagdrempelige voorziening, centraal in de gezondheidszorg, waar patiënten voor alle door hen ervaren gezondheidsproblemen terecht kunnen bij een medicus met wie zij een persoonlijke relatie hebben.

Als organisatie bieden wij een 'product', dat bestaat uit kennis, kennis van de structuur en de inhoud van de medische zorg, toegespitst op de situatie van onze patiënt. Dat maakt de huisart-

senorganisatie bij uitstek een kennisintensieve organisatie (KIO). Een KIO is een organisatie met overwegend kenniswerkers in het primaire proces die bezig zijn kennis toe te passen, te ontwikkelen en te integreren teneinde de organisatiedoelen te realiseren om (interne en externe) klanten en zichzelf tevreden te stellen.³

Vanuit een missie kan een visie opgesteld worden. Waar willen wij huisartsen over tien jaar zijn? Wie de agenda van de LHV bekijkt, ziet dat enkele jaren geleden preventie van hart- en vaatziekten en praktijkondersteuning hoog op de agenda stonden. Iedereen weet hoe het daarmee loopt. Vanuit het 'niets' kwam een beweging op gang die een vermindering van de belasting door de ANW-diensten eiste. Binnen enkele jaren is het land grotendeels voorzien van centrale dienstenstructuren. De onvermijdelijke vraag dringt zich op in hoeverre de beroepsgroep centraal bestuurbaar is. Kunnen we een visie ontwikkelen en vooral realiseren binnen de beroepsgroep? Wie het visierapport leest, kan zich over de realisering zorgen maken. De nieuwe visie biedt te weinig richting en maakt te weinig keuzes. De kans is groot dat ieder gewoon zijn eigen gang blijft gaan. Deze vrijblijvendheid is een grote bedreiging voor de huisartsgeneeskunde en komt van binnen uit de beroepsgroep. Er moet dus een organisatiestructuur komen die de visie en de doelen van de huisartsenorganisatie kan realiseren.

De individuele huisarts en de organisatie

Voorop in onze visie op de organisatie staat dat de huisarts een autonome professional is. Dit betekent dat hij zeggenschap heeft over zijn werkzaamheden. Een huisarts hoort binnen de grenzen van het vak uitgebreide mogelijkheden te hebben hoe hij individuele patiënten benadert. Professionals horen niet van bovenaf voorgeschreven te krijgen hoe zij zich in hun professie moeten gedragen.

Maar terwijl de individuele professional het 'eindproduct' levert, kan huisartsenzorg alleen in groter verband georganiseerd worden. In onze visie hebben hagro's dan ook een belangrijke rol. Binnen een hagro zal veel meer onderlinge afstemming moeten plaatsvinden over continuïteit van zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid, specialisatie, uitrusting en over waarborging van de kwaliteit van zorg. De hagro is ook de organisatie die overlegt met zorgverzekeraar, ziekenhuis, gemeente of andere zakelijke partners. Het toewerken naar een goed functionerende hagro zal een cultuuromslag bij de huisartsen teweegbrengen. Het gaat hier vooral over praktische afspraken en wettelijke verplichtingen, dus bestaat er geen tegenstelling met de eerder genoemde professionele autonomie, die zich vooral afspeelt op het arts-patiëntniveau.

Auteursgegevens

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: W.H.J.M. Verstappen, S.J. Hobma, huisartsen
 Correspondentie: wim.verstappen@hag.unimaas.nl
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ De discussie over de toekomst van de huisarts behandelt te veel de inhoud van het vak en te weinig de professionele organisatie van de huisarts.
- ▶ Huisartsen zijn kenniswerkers: hun organisatie moet de kenmerken hebben van een kennisintensieve organisatie.
- ▶ Het product 'huisartsenzorg' is een binnen een huisartsgroep gestructureerde, lokale en laagdrempelige voorziening, centraal in de gezondheidszorg, waar patiënten met alle door hen ervaren gezondheidsproblemen terecht kunnen bij een arts die zijn professionele kennis en vaardigheden ten dienste stelt van zijn patiënt met wie hij een persoonlijke relatie heeft.

Organisatie op landelijk niveau

Naast de organisatie op plaatselijk niveau is het noodzakelijk dat huisartsen zich op landelijk niveau beter organiseren. De beroepsgroep heeft een organisatie nodig die respect en vertrouwen geniet van de leden die zij vertegenwoordigt. Dit is op dit moment onvoldoende het geval. Organisatie op landelijk niveau is gecompliceerd en vereist discipline en inschikkelijkheid van zowel de beroepsorganisatie als van de huisartsen. De beroepsgroep zal doelen moeten stellen die niet alleen goed klinken in beleidsnota's, maar ook betekenis hebben en realiseerbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Huisartsen zullen moeten accepteren dat er soms beleid wordt gevoerd dat het collectieve belang in de gezondheidszorg of van de huisartsenorganisatie dient, maar mogelijk tegengesteld is aan hun individuele belang. Zonder verandering in de opstelling van beide partijen zal de huisartsenzorg een stuurloos schip blijken dat uiteindelijk zal stranden.

Als organisatie zullen we moeten zorgen voor een betere herkenbaarheid van de huisartsgeneeskunde. Dit heeft de laatste jaren te weinig aandacht gekregen. Daarbij denken wij aan zaken als standaardopeningstijden voor alle huisartsenpraktijken in Nederland of aan eenvoudiger zaken zoals een uniform logo, dezelfde voorlichtingsfolders en collectieve informatie via de massamedia over onze mogelijkheden en onmogelijkheden. In een hagro-folder kunnen hagro's aangeven wat hun product inhoudt en wat niet. Veel van onze patiënten zijn immers eenvoudigweg niet op de hoogte van wat wijzelf tot onze taken en competenties rekenen.

Collectieve en individuele ambitie

Wij vinden dat we collectief meer ambitie moeten tonen. Deze collectieve ambitie moet leiden tot een sterke, zelfbewuste beroepsgroep. Dit betekent niet dat we meer taken naar ons toe moeten trekken. We zullen naar onze patiënten vooral duidelijk moeten zijn en ons moeten beperken tot waar we voor opgeleid zijn. Daarmee realiseert de individuele huisarts op zijn eigen wijze de visie van de organisatie. Het is voor de uitoefening van het vak noodzakelijk om in te spelen op de lokale behoeften en cultuur, want het is nogal een verschil om huisarts in de Schilderswijk in Den Haag, Sittard of Sint-Nicolaasga te zijn. De uitgangspunten en vaardigheden van de huisartsen zijn echter dezelfde. Het is

belangrijk ervoor te zorgen dat wij de professionele waarden en normen hoog houden. Daarvoor is coördinatie nodig tussen de uitvoerende professionals. Huisartsen kunnen moeilijk op hun *output* afgerekend worden, omdat het eindresultaat te gecompliceerd is en teveel afhankelijk van factoren waarop zij nauwelijks invloed hebben. Er zijn andere coördinatiemechanismen nodig: standaardisatie van vaardigheden en kennis en een grotere openheid om het eigen handelen te toetsen.⁵ Hierbij zijn de vereiste kennis en vaardigheden voor het werk gedefinieerd op basis van professionele normen.

In onze visie is de huisarts door zijn kennis en vaardigheden in staat de aan hem voorgelegde gezondheidsproblemen te interpreteren, uit te leggen, mogelijke behandelingen uit te voeren, of te verwijzen naar de hiervoor geëigende personen of instituten binnen of buiten de gezondheidszorg. De interpretatie van de gezondheidsklachten kan variëren van strikt medisch tot psychosociaal. Wat betreft de behandeling beperkt de huisarts zich tot medische problemen. Wij willen dat de huisarts over tien jaar dezelfde vertrouwenspersoon is die hij nu is, mogelijk meer delegeert, maar vooral nog steeds eindverantwoordelijke is voor de zorg van de aan hem of haar toevertrouwde patiënt.

Tot slot

Wat schieten de huisarts en de patiënt hiermee op? Het lijken allemaal mooie woorden, maar een KIO met een visie en missie geeft kaders die de herkenbaarheid van het product 'huisartsenzorg' vergroten. Bovendien raken we hiermee de vrijblijvendheid kwijt waar huisartsen en de huisartsgeneeskunde aan ten onder dreigen te gaan. In zo'n organisatie krijgt de huisarts de professionele ruimte om zijn vak uit te oefenen en legt hij verantwoording af voor zijn handelen.

Huisarts is een prachtig beroep. Angst voor de toekomst is niet nodig. Als we van geijkte traditionele paden af durven wijken, zijn er genoeg mogelijkheden om aan onze missie te voldoen en onze visie te realiseren. Het is duidelijk dat daarvoor de cultuur onder huisartsen zal veranderen, niet zozeer in het individuele patiëntencontact, maar wel in de organisatie van de huisartsenzorg. Er zal veel durf nodig zijn van de zittende huisartsen en beroepsorganisaties om nieuwe wegen in te slaan: wij zijn ervan overtuigd dat in de toekomst slechts die durf de huisartsgeneeskunde over-eind kan en zal houden.

Literatuur

- 1 Zaat J. Visie op de huisarts, een Brownse beweging. *Huisarts Wet* 2002;45:230-31.
- 2 Weggeman M, Wijnen G, Kor R. *Ondernemen binnen de onderneming*. Alphen a/d Rijn: Kluwer, 1989.
- 3 Weggeman M. *Kennismanagement: Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptorum, 1977.
- 4 Davies HTO, Nutley SM. Developing learning organisations in the new NHS. *BMJ* 2000;320:998-1001.
- 5 Mintzberg H. De professionele bureaucratie. In: Mintzberg H. *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Prentice-Hall, 1992.