

- goed, beantwoordt aan het doel; niet goed, angst-aanjagend; niet goed, te eenzijdig; niet goed, bevat onwaarheden nl
- geen mening.
- 4 Rookt u sigaretten?
 ja; niet meer, sinds.....; nooit sigaretten gerookt.
- 5 a Hoe vindt u de brochure „nuttige wenken voor nauw darmoperatie.“
 goed; matig; slecht; geen mening.
- b Is deze al uitgereikt aan patiënten die hiervoor in aanmerking kwamen?
 ja; neen; weet niet.
- 6 a Hoe vindt u de brochure „op weg naar herstel?“
 goed; matig; slecht; geen mening.
- b Is deze al uitgereikt aan uw patiënten die hiervoor in aanmerking kwamen?
 ja; neen; weet niet.
- Vindt U medische voorlichting aan het publiek gewenst?
 ja; neen; weet niet.
- 8 Bent u van mening, dat uw patiënten, die kanker hadden of hebben, te laat uw hulp hebben ingeroepen?
 ja; neen.
- 9 Denkt u, dat andere huisartsen dezelfde ervaring hebben?

- ja; neen; weet niet.
- 10 Zoja (bij vraag 8 en/of 9): welke motieven spelen naar uw mening hierbij een rol?
 optimistisch; pessimistisch; afwachtend.
- 12 Wat is in het algemeen uw mening over de kanker-voorlichting, zoals deze tot nu toe gegeven is?
 goed; vrij goed; niet zo best; slecht; geen mening.
- 13 Hoe denkt u, dat de rol van de huisarts bij de kanker-voorlichting zou kunnen zijn? (Graag uitvoerige toelichting, met toevoeging van eventuele eigen ervaringen in deze).
- 14 Wat is uw leeftijd?
- 15 Hoe lang oefent u al zelfstandig een huisartsenpraktijk uit?
 minder dan 5.000; 5.000-10.000; 10.000-50.000; 50.000-100.000; 100.000 of meer.
- 16 Hoeveel inwoners heeft uw woonplaats?
 minder dan 5.000; 5.000-10.000; 10.000-50.000; 50.000-100.000; 100.000 of meer.
- 17 Uit hoeveel patiënten bestaat uw praktijk? (ziekenfonds en particulieren tezamen)
 minder dan 1.000; 1.000-2.000; 2.000-3.000; 3.000 of meer.

Huisarts en samenwerking*

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

De meeste huisartsen hebben slechts weinig ervaring op het gebied van samenwerking. Deze beperkt zich gewoonlijk tot contacten met de medische specialisten die hoofdzakelijk via correspondentie worden onderhouden. Daarnaast zijn er incidentele gesprekken met de wijkverpleegsters, mogelijk af en toe een telefoontje met de maatschappelijke werkster en verder is er nog het bekende formulier van de vroedvrouw. De hier volgende beschouwing is bij gebrek aan praktische ervaring een theoretische benadering van dit onderwerp. Daarbij zal worden getracht uit te gaan van de gewone dagelijkse omstandigheden waarin op dit ogenblik de huisarts in Nederland werkt.

Samenwerking is een begrip van deze tijd. Men zou voor dit onderwerp bij de huisartsen, die bij het uitoefenen van hun beroep veelal een zeker isolement ervaren, veel belangstelling mogen veronderstellen. In de praktijk blijkt daar echter weinig van: goed functionerende „home-teams” zijn er maar weinig, groepspraktijken kent men in Nederland nauwelijks; er is een aantal artikelen gepubliceerd over de samenwerking tussen huisartsen enerzijds en maatschappelijk werkster, wijkverpleegster en vroedvrouw anderzijds, maar deze zogenaamde samenwerkingsprojecten zijn alle nog in het experimentele stadium. Het lijkt mij dat er niettemin goede redenen bestaan om meer aandacht aan dit onderwerp te besteden. Het zou zelfs

wel eens kunnen zijn, dat een betere en intensievere samenwerking een essentiële voorwaarde is voor het behouden van de plaats van de huisartsgeneeskunde in de totale gezondheidszorg.

Op een persconferentie die enige tijd geleden door de K.L.M. werd gehouden vroeg één der journalisten of er in de nabije toekomst nog fusies tussen de luchtvaartmaatschappijen waren te verwachten. Op deze vraag kwam het volgende antwoord: „Voor fusies gaat het op het ogenblik veel te goed in de luchtvaart.” Men zou zich inderdaad kunnen afvragen of het met de huisartsgeneeskunde, wanneer er een dergelijke behoefte aan samenwerking bestaat, zo slecht gaat. Nu lijkt het mij een hachelijke zaak om een oordeel over de „gezondheidstoestand” van de Nederlandse huisartseneeskunde te geven; het is zelfs de vraag of iemand daartoe bevoegd is. Wel staat vast dat de huisartseneeskunde op het ogenblik in beweging, in ontwikkeling is.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft reeds een aantal jaren geleden een poging gedaan de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg aan te geven. Dat gebeurde in de vorm van een taakomschrijving: „De functie van de huisarts is het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen. Deze zorg bestaat uit het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele en gezinsgezond-

* Naar een voordracht, gehouden op het twaalfde N.H.G.-congres te Amsterdam, november 1967.

heid." In de jaren nadien werd een aantal artikelen in „huisarts en wetenschap" gepubliceerd waarin deze taakomschrijving van de huisarts werd uitgewerkt en aangevuld: onder andere werd de directe bereikbaarheid als kenmerk van zijn functie aangegeven terwijl de nadruk werd gelegd op de persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt. Het ideaal van de huisarts is dus een continue, integrale, curatieve en preventieve gezondheidszorg te geven. Hier tegenover staat dat maar weinig huisartsen het gevoel hebben er in te slagen hun taak overeenkomstig dit ideaal te vervullen. Mijns inziens is dit één van de grootste problemen van ons beroep.

Als belangrijkste reden voor deze discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid wordt tijdsgebrek genoemd. Om voldoende toe te komen aan nascholing, sociale bezigheden en „last but not least" aan het eigen gezin, lijkt mij een werkweek van vijftig uur een maximum. Inderdaad zal het met vijftig uur per week wel lukken om aan gemiddeld 3000 „zielen" verantwoorde somatische gezondheidszorg te geven mits men over een praktijkassistente kan beschikken en wanneer men een goede praktijkorganisatie heeft gerealiseerd. Het lijkt mij mogelijk in deze tijd, zoals destijds is gesteld, te behandelen wat op somatisch gebied behandelbaar is en een verantwoorde medische registratie te voeren. Gezien de stijgende medische consumptie is het overigens de vraag of wij dit zullen kunnen volhouden. Men dient echter te stellen dat het geven van somatische zorg slechts een deel van onze functie is; ideaal is het geven van integrale medische zorg. Afgezien van het feit dat er eigenlijk geen kunstmatige scheiding kan worden gemaakt tussen somatische, psychische en sociale gezondheidszorg, zal een huisarts die bijvoorbeeld ook een psychotherapeutisch gesprek met zijn patiënt wil voeren, dat buiten zijn gewone werkuren moeten doen. Hetzelfde geldt voor het bieden van gezondheidszorg op sociaal gebied. De behoefte aan deze vorm van gezondheidszorg blijkt volgens recente publikaties omvangrijk te zijn. In feite heeft de huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte voor dit werk geen tijd beschikbaar.

Naast de curatieve rekent de huisarts ook de preventieve zorg tot zijn taak. Het is zeker dat de behoefte aan preventieve zorg steeds toeneemt. Zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus zijn uit onze gezondheidszorg al niet meer weg te denken, maar eigenlijk zou het daar verrichte werk tot de taak van de huisarts moeten behoren. De vraag naar soortgelijke hulp voor de groep die thans in het middelpunt van de belangstelling staat, namelijk de bejaarden, neemt toe. Over het nut van periodiek geneeskundig onderzoek (P.G.O.) zijn de akten nog niet gesloten; bij het publiek bestaat er een toenemende behoefte aan, maar goed uitgevoerd P.G.O. is een tijdrovende kwestie, ook al verricht men maar eenmaal in de vier jaar onderzoek van alle veertig- tot vijf- en zestigjarigen. Waarschijnlijk zullen door meer preventieve zorg

en betere integrale zorg de somatische klachten afnemen, maar het staat vast dat de huisarts alleen al om tijdsredenen onmogelijk in staat is een volledige en goede, integrale en bovendien preventieve zorg aan zijn patiënten te geven.

Dit tijdsprobleem is al door anderen gesignaleerd. De suggestie wordt gedaan om te streven naar een aanzienlijke verkleining van de huisartspraktijken. Deze oplossing lijkt om verschillende redenen niet ideaal. Een belangrijk argument tegen praktijkverkleining is dat de huisarts dan een te klein aantal ziektebeelden onder ogen krijgt; op deze wijze te werkgaande kan hij onvoldoende ervaring opdoen en behouden. Bovendien zijn er weinig kansen om met een veel kleinere praktijkomvang tot een voldoende honorering te komen. Tenslotte zijn er nauwelijks aanwijzingen dat het aantal aanstaande artsen dat huisarts wil worden in de komende jaren toereikend zal zijn om bijvoorbeeld tot een verdubbeling van het aantal huisartsen te komen.

Indien praktijkverkleining als mogelijke oplossing wordt uitgeschakeld, blijven er twee mogelijkheden over: of de huisarts beperkt zich tot een deel van zijn taak: hij laat bijvoorbeeld de gehele preventieve zorg en een groot gedeelte van zijn „psycho-sociale werk" vervallen — in dat geval geeft de huisarts zijn ideaal van integraal uitgeoefende geneeskunde prijs — of — en dat lijkt mij de enige aanvaardbare oplossing — de huisarts aanvaardt wel de verantwoordelijkheid voor integrale, curatieve en preventieve zorg, maar hij gaat zijn taak in nauwe samenwerking met een aantal anderen vervullen. Dit betekent dat de huisarts in de toekomst gaat werken in een gezondheidsteam. Het is onvoldoende wanneer wordt volstaan met het verbeteren van de relaties met de andere gezondheidszorgers of wanneer uitsluitend de communicatie wordt verbeterd. Het ontstaan van „thuisgezondheidsteams" — ik geloof dat dit woord meer zegt dan „wijkgezondheidsteams" — houdt in dat er een taakverdeling plaatsvindt en dat de leden van het team gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de „thuisgezondheidszorg" aanvaarden. Voor alle leden van het team, maar zeker voor de huisarts betekent dit een grote verandering in werkwijze. Van alleenwerker wordt hij tot lid van een groep, zij het dan dat hij de leiding heeft in deze groep en dat hij voor veruit de grootste inbreng van patiënten zorg zal dragen.

Het lijkt nuttig wat dieper in te gaan op het begrip samenwerking in het algemeen. De behoefte tot grotere samenwerking ziet men op verschillende levensterreinen: in de politiek het verenigd Europa en de neigingen tot samengaan van politieke partijen; in de kerken de eucumenische gedachte; ook in de industrie en in de middenstand treden steeds nieuwe samenbundelingen op. In de wetenschap worden nieuwe ontdekkingen en uitvindingen niet meer door enkelingen, maar door teams gedaan. Ook in de gezondheidszorg is samenwer-

king aan de orde van de dag; men denke bijvoorbeeld aan de stafvorming in de ziekenhuizen. Van sociologische zijde wordt erop gewezen dat deze algemene behoefte aan samenwerking mogelijk een reactie is op de toenemende desintegratie in de maatschappij, omdat verbanden als kerk, vereniging en gezin minder houvast bieden dan vroeger. Hoe dit zij, de bewuste hoofdmotieven voor grotere samenwerking schijnen de volgende te zijn. Ten eerste de specialisatie die het gevolg is van de toegenomen kennis en deskundigheid op diverse gebieden (wetenschap, handel, techniek) waardoor de specialisten alleen door ieder zijn eigen steen bij te dragen gezamenlijk tot een resultaat kunnen komen en ten tweede het economische principe dat men goedkoper kan werken door bepaalde taken aan minder uitvoerig opgeleide en dus gemakkelijker beschikbare krachten te delegeren.

Deze twee factoren: specialisatie en grotere efficiëntie door delegatie zijn ook de hoofdargumenten voor een intensievere samenwerking in het huisartsberoep. Een voorbeeld hiervan vormt het in — dienst — nemen van een doktersassistente. Zij kan de huisarts dagelijks enige uren werk besparen, zij doet dit werk trouwens vaak beter dan hijzelf. Er is nog veel meer werk dat de huisarts nu zelf doet, maar dat in feite even goed door een minder uitvoerig opgeleide kracht zou kunnen worden verricht. Dat geldt bijvoorbeeld voor een groot gedeelte van het werk op de zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus dat ook door wijkverpleegsters zou kunnen worden gedaan. De vroedvrouw kan een deel van de prenatale en postnatale controles van de huisarts overnemen en in samenwerking met hem bevallingen verrichten. Uit experimenten blijkt dat de weerstand welke men van de zijde van de patiënten zou kunnen verwachten tegen deze hulpverlening door medewerkers zoals assistente, verpleegster en vroedvrouw geen ernstige proporties aanneemt. Op een ander terrein namelijk de sociale gezondheidszorg, is de maatschappelijk werkster dankzij haar opleiding deskundiger dan de huisarts zelf. Het is dus efficiënter een maatschappelijke werkster bij sociale problemen in te schakelen. Weer een ander voorbeeld vormt de pastorale zorg. *Faber* stelt dat pastorale zorg soms ook gezondheidszorg is, maar dat het onzin is dat deze pastorale zorg op amateuristische manier door de arts zou worden gegeven, (1963) huisarts en wetenschap 6, 189. Zo zijn er ongetwijfeld meer werkzaamheden welke de huisarts beter aan anderen kan delegeren, niet alleen om economischer te werken maar mede omdat anderen voor dergelijke werkzaamheden even goed of zelfs beter dan hij zijn opgeleid.

Samenwerking heeft nog andere voordelen. Wanneer de arts, tot nu toe alleen werkend, lid van een gezondheidsteam wordt, zal hij over sommige toestanden en personen vaker het oordeel van anderen kunnen vernemen; het aantal „blinde vlekken” zou wel eens groter kunnen blijken dan wij ons bewust zijn. Ieder kent wel voorbeelden van

het feit dat door een opmerking van een wijkverpleegster of een waarnemend collega nieuw licht op een bepaald ziektegeval wordt geworpen. Een illustratie van verbreding van ons gezichtsveld door gezamenlijke besprekingen vormen de driehoeksbesprekingen uit de Leidsche Kinderkliniek. Het samen delen van de verantwoordelijkheid kan ook een verlichting van onze taak betekenen; een vergelijkbare situatie ontstaat na een specialistisch consult. Van deze voordelen profiteert trouwens niet alleen de huisarts, maar al de medeleden van het team kunnen hiervan een nuttig gebruik maken.

Zonder twijfel heeft samenwerking ook nadelen. In plaats van een persoonlijke, directe band komt de minder intensieve relatie met het thuisgezondheidsteam. Wellicht zullen zowel de huisarts als de patiënt deze gang van zaken soms als een gemis beschouwen. Men mag echter niet vergeten dat het beeld van de oude vertrouwde dokter bij wie de patiënt ten allen tijde met alles terecht kan, ook ongunstige zijden heeft. Soms ziet men bij verwijzing naar een specialist dat de huisarts aan vertrouwen wint, zelfs ondanks aanvankelijk verzet van de patiënt tegen deze verwijzing; de huisarts kan, wanneer de specialist de behandeling van het somatische lijden overneemt, integraal wellicht meer voor de patiënt gaan betekenen. Wij zijn niet zo gelukkig meer met de rol van de altijd klaarstaande en altijd raadwetende, al wordt een dergelijke rol mogelijk door een aantal van de patiënten nog wel van ons verwacht. Desondanks zullen de verhoudingen in het team zo dienen te zijn, dat de huisarts zowel tegenover de patiënt als in werkelijkheid de centrale figuur blijft. Een vaak gehoord bezwaar tegen samenwerking en misschien één van de oorzaken van het feit dat er op het ogenblik op dit terrein nog niet veel gebeurt, is dat samenwerking veel tijd kost. Ongetwijfeld kosten de besprekingen de nodige tijd, maar veel hangt af van een goede organisatie en bovendien zal deze tijdsbesteding op de duur vrucht kunnen dragen in de vorm van tijdsbesparing.

Het grootste bezwaar en mogelijk de hoofdoorzaak van de weerstand van de huisartsen tegen werken in groepsverband is dat zij er niet aan zijn gewend. Zij zijn individualisten, misschien is dat wel de reden waarom zij zich tot het beroep van huisarts hebben aangetrokken gevoeld. Het ligt hun niet anderen naast zich in hun werk te hebben en daarbij wellicht te worden gecorrigeerd of becristiseerd. Mogelijk speelt de ontoereikende opleiding daarbij een rol. Ieder beginnende huisarts of co-assistent die voor het eerst kennismaat met de huisartspraktijk, is verbijsterd door het grote verschil tussen het werk dat de huisarts doet en hetgeen waarvoor hij is opgeleid. Iedere huisarts heeft na zijn artsexamen zelf velerlei oplossingen moeten vinden voor problemen die hij nooit had overdacht of waarvan hij nooit had gehoord; mogelijk is dat een reden waarom hij zo gevoelig is voor kritiek. Bovendien wordt hem tijdens zijn

opleiding niet geleerd met anderen samen te werken. Hoe begrijpelijk het ook is dat de huisarts moeilijk tot samenwerken komt en maar liever zijn werk op de oude vertrouwde manier voortzet, hij beseft op deze wijze onvoldoende dat een nieuwe opbouw van de huisartsgeneeskunde door meer te gaan samenwerken een kwestie is van „to be or not to be!”

Indien men tracht een opsomming te geven van de huidige en van de toekomstige medewerkers van de huisarts, dan kan men hen in drie categorieën onderbrengen.

Ten eerste zij die reeds thans in meer of minder nauw verband met de huisarts samenwerken; dit zijn de medische specialisten, de doktersassistenten, „last but not least” de doktersvrouw.

In de tweede plaats kunnen worden genoemd de leden van het thuisgezondheidsteam zoals zulks hiervoor reeds werd aangeduid.

Tenslotte kennen wij een groot aantal functionarissen met wie de huisarts wel incidenteel contact heeft, maar met wie hij toch intensiever dan heden het geval is zou moeten samenwerken.

De echtgenote van de arts werkt met hem samen doordat zij met hem meeleeft, soms door een enkele opmerking een verkeerd inzicht corrigeert of de verhoudingen verbetert, soms vooral doordat zij hem aanvaardt zoals hij is wanneer hij zijn rol van begrijpende, helpende en klaarstaande huisarts heeft afgelegd. Door het ontstaan van het beroep van doktersassistente is haar tegenwoordige taak in de huisartspraktijk veelal tot die van het geven van morele steun beperkt. In dat geval wordt de medische en administratieve assistentie van de huisarts door de assistente verleend. Vooral wanneer zij eenmaal goed is ingewerkt kan de assistente meer bieden dan technische hulp; zij kan een gedeelte van het medische werk overnemen zoals gesprekken met en observatie van patiënten, indien haar daartoe tenminste de kans wordt gegeven. Een dergelijke kans krijgt zij bijvoorbeeld wanneer zij de patiënten ook aan huis bezoekt voor het geven van een injectie of voor een verbandwisseling. Het is bijzonder nuttig dat er regelmatig tijd wordt uitgetrokken om het gezamenlijke werk rustig te bespreken.

Wat betreft de onderlinge verhouding tussen specialist en huisarts is een aantal regels en gewoonten ontstaan dat bevredigend functioneert ook al oefenen beide medici de nodige kritiek uit op de vele gebreken welke hun samenwerking vertoont. Vele problemen zijn te wijten aan het feit dat vaak in plaats van gezamenlijk behandelen er een overdragen van de patiënt plaatsvindt. De huisarts zal zijn patiënt in het ziekenhuis misschien nog wel eens opzoeken, maar algemeen bestaat het gevoel dat de patiënt na verwijzing niet meer de patiënt van de huisarts maar die van de specialist is geworden. Vaak is er geen sprake van een gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid, daar de huisarts deze geheel uit handen geeft. Daarom

beperkt het contact tussen huisarts en specialist zich gewoonlijk tot twee brieven: één van huisarts naar specialist en één in omgekeerde richting wanneer de patiënt weer uit de behandeling van de specialist wordt ontslagen. Ware de toestand zoals deze eigenlijk zou moeten zijn dan zou het niet moeten voorkomen dat een specialist zonder overleg met de huisarts de patiënt naar een andere specialist verwijst; ook dan is er immers eigenlijk geen sprake meer van samenwerking. Misschien is al veel bereikt wanneer de huisarts zoveel mogelijk met dezelfde specialisten samenwerkt teneinde zodoende een frequent en persoonlijk contact te onderhouden.

Uit de tekorten op het gebied van de samenwerking tussen huisarts en specialisten komt duidelijk naar voren dat goede communicatie tussen de samenwerkers van de grootste betekenis is. Zulks geldt niet alleen ten aanzien van de samenwerking met specialisten, maar nog meer ten aanzien van de medewerkers van de huisarts in het thuisgezondheidsteam. Naast de doktersassistente zijn dit de wijkverpleegster, de maatschappelijke werkster en de vroedvrouw. Er is al een aantal studies geschreven over de samenwerking met ieder van deze teamgenoten afzonderlijk. Ten Cate maakte een uitvoerige studie van de rol welke door de doktersassistente kan worden vervuld, Vlamings en Van Es rapporteerden over de samenwerking met de maatschappelijke werkster, Van der Sande over de samenwerking met de vroedvrouw en vanuit Assen wordt op dit congres verslag uitgebracht over een intensiever contact tussen huisarts en wijkverpleegster. Al deze verslagen zijn positief in hun waardering; het blijkt dat deze samenwerkingsvormen niet alleen goed mogelijk zijn maar dat zij de huisarts ook veel te bieden hebben. Het lijkt van groot belang dat in de experimentele groepspraktijken van het Utrechts Huisartsen-Instituut en van andere Huisartsen-Instituten zo snel mogelijk zal worden getracht met dergelijke teams te werken om meer ervaring met deze intensieve samenwerkingsvorm op te doen en zowel voor- en nadelen als mogelijke struikelblokken wetenschappelijk te bestuderen. Daarnaast zullen nog een aantal organisatorische moeilijkheden dienen te worden opgelost, zoals het probleem in wiens dienst maatschappelijke werkster en wijkverpleegster zullen staan.

Naast het intensief samenwerkende thuisgezondheidsteam is er een aantal para-medici met wie de samenwerking intensiever zou kunnen zijn. Zulks geldt in de eerste plaats voor de apothekers en daarnaast voor de fysiotherapeuten. Het is duidelijk dat een frequenter contact met de apotheker ons tijd kan besparen, dat dit het werk van de apotheker kan vereenvoudigen en dat een en ander de behandeling van de patiënten ten goede kan komen. De samenwerking met fysiotherapeuten is eveneens onmisbaar, onder andere bij revalidatie. Wat dit betreft mogen worden verwezen naar de publikaties van *Leffelaar*, (1968) huisarts en we-

tenschap 11, 172 en *Michels*, (1968) huisarts en wetenschap 11, 169. Vervolgens is er een groot aantal functionarissen en instellingen, waarmede zeker meer contact, soms ook samenwerking nodig is; in het kader van dit artikel moge met een opsomming worden volstaan: geestelijken, psychologen en pedagogen, diëtisten en logopedisten, medische opvoedkundige Bureaus (M.O.B.'s), huwelijksadviesbureaus enzovoort. Ook de sociaal-geneeskundigen vormen een zeer belangrijke groep: bedrijfsartsen, schoolartsen, controlerende artsen en artsen werkend aan consultatiebureaus. Met enige verbeeldingskracht kan deze lijst naar believen worden uitgebreid.

Thans zullen nog een aantal voorwaarden worden besproken die voor de totstandkoming van een betere samenwerking noodzakelijk zijn. In de eerste plaats dient zowel bij de huisarts als bij zijn medewerkers daartoe voldoende bereidheid en gelegenheid te bestaan. Er zullen door de overheid en door een aantal instellingen zoals Kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk voldoende mogelijkheden moeten worden geschapen om teamvorming van huisartsen met wijkverpleegsters, maatschappelijke werksters en vroedvrouwen te verwerkelijken. Voor het kweken van de bereidheid daartoe is het noodzakelijk dat het aantal experimenten wordt uitgebreid door het totstandkomen, liefst op korte termijn, van een aantal dergelijke teams. Laatstgenoemde zullen door deskundigen moeten worden begeleid ook wat hun functioneren betreft. De universitaire groepspraktijken lijken hiervoor mogelijkheden te bieden. Waarschijnlijk zullen deze teams alleen in samenwerking met groepspraktijken goed tot hun recht komen. Groepspraktijken vormen een aspect van het onderwerp „samenwerking” dat in deze beschouwing nauwelijks ter sprake komt; het ontstaan van groepspraktijken lijkt een onvermijdelijke ontwikkeling.

Waarschijnlijk moet de huisarts zelf de grootste bijdrage leveren aan de totstandkoming van samenwerking. Bovenal dient bij de huisartsen een „samenwerkingsattitude” te ontstaan. De alleenwerkende huisarts vormt voor een optimale primaire gezondheidszorg een onmogelijke figuur. De enige manier om ons beroep uit te oefenen op een wijze die aan onze idealen beantwoordt, is te komen tot meer samenwerking. Dat is alleen mogelijk, indien aan twee voorwaarden is voldaan: goede leiding en goede communicatie. De leer van de communicatie is bezig een wetenschap op zichzelf te worden; in het bedrijfsleven wordt gesteld dat goede bedrijfsvoering vrijwel identiek is met goede communicatie. Daarom zullen de huisartsen in het leiding geven aan een team en in goed communiceren moeten worden geschoold; hier ligt wederom een taak

voor de Huisartsen-Instituten. Ook bij het medische onderwijs zal hieraan meer aandacht dienen te worden besteed. Voor goede samenwerking is onderlinge waardering en kennis van elkanders mogelijkheden noodzakelijk. Een goede samenwerking met een fysiotherapeut — om een voorbeeld te noemen — is voor een jonge huisarts vrijwel onmogelijk omdat hij bij zijn opleiding nauwelijks enig idee heeft gekregen van wat fysiotherapie eigenlijk inhoudt. Voor het maatschappelijke werk geldt mutatis mutandis hetzelfde.

De huisartsen dienen zich af te vragen wat er nu reeds kan worden gedaan om te komen tot een betere, intensievere en meer uitgebreide samenwerking. Het is van groot belang dat de initiatieven hiertoe door henzelf worden genomen, individueel en in groepsverband. Dat samenwerking voor goede thuisgezondheidszorg noodzakelijk is wordt, getuige onder andere de volksgezondheidsnota, door de overheid en trouwens ook door andere instanties ingezien. Indien het ons de moeite waard lijkt ons beroep vrij te blijven uitoefenen en te ontkomen aan verambtelijking van de gezondheidszorg met alle nadelen van dien, dan dienen wij ons even intensief met deze ontwikkeling bezig te houden als met de verbetering van onze materiële positie.

Er zijn thans reeds mogelijkheden. Genoemd werden: meer onderzoek-samenwerkingsprojecten, meer kennis van methoden van samenwerking in groepen, meer kennis ten aanzien van de capaciteiten van degenen met wie wij gaan samenwerken. Daarnaast dienen wij iedere mogelijkheid tot het scheppen van betere contacten met onze naaste en minder naaste medewerkers van nu en in de toekomst, aan te grijpen. Men kan bijvoorbeeld eenmaal per maand of een half uur per twee weken in een Kruisgebouw de gezamenlijke patiënten met de wijkverpleegster en de maatschappelijke werkster bespreken. Men kan eens een aantal chronische patiënten met de wijkverpleegster samen bezoeken; men kan met de vroedvrouw regelen dat haar zwangeren eenmaal prenataal door de huisarts worden onderzocht, waarbij de huisarts dan zijn rapport aan de vroedvrouw doorgeeft. Wanneer men als huisarts eens over een moeilijk geval een „hometeam” ad hoc vormt, waarin de problemen van een patiënt of gezin gezamenlijk worden besproken, dan krijgt men daardoor een ervaring waardoor vrijwel iedere huisarts zich al grotendeels voor samenwerking zal laten winnen. Men kan in het belang van de toekomst van de huisartsgeneeskunde niet anders wensen dan dat de in dit tijdschrift gepubliceerde voordrachten daartoe ook het nodige zullen bijdragen.