

12 Samenwerken in de zorg

Lodewijk Schmit Jongbloed, George Smits

Inleiding

- 1 Waarom moeten huisartsen samenwerken?
 - 1.1 Veranderingen in de zorgvraag
 - 1.2 De wens van de patiënt
 - 1.3 Veranderingen binnen de beroepsgroep zelf
 - 1.4 Minder fouten
 - 1.5 Eerste lijn kost minder dan de tweede lijn
- 2 Met wie moeten huisartsen samenwerken?
- 3 De basis voor goed samenwerken
- 4 Hindernissen voor samenwerking
 - 4.1 Organisatorische hindernissen
 - 4.2 Persoonsgebonden hindernissen
 - 4.3 Cultuurgebonden hindernissen
- 5 Vormen van samenwerking
 - 5.1 Samenwerken in de eigen praktijk: de kunst van delegeren
 - 5.2 Samenwerken in een hagro
 - 5.3 Samenwerken in een huisartsenpost (HAP)
 - 5.4 Interdisciplinair samenwerken
 - 5.5 Populatiegericht samenwerken
 - 5.6 Samenwerking huisarts – specialist
- 6 Sturen op emoties ter bevordering van samenwerking
 - 6.1 Boven- en onderstroom
 - 6.2 De functie van emoties en reduceren van weerstand
 - 6.3 Wat zijn emoties en hoe komen ze tot stand?
 - 6.4 Interventies op de onderstroom
 - 6.5 De rol en werkwijze van de begeleider

Literatuur

Aanbevolen literatuur

Een succesvolle samenwerking

In een middelgrote stad besluiten hagro 'Zuidlanden' en twee apothekers tot een farmacotherapeutisch overleg (FTO). Het overleg voorziet in een behoefte en verloopt soepel. Op basis van de positieve ervaringen wordt met de lokale verzekeraar afgesproken dat deze een vergoeding zal geven voor de inspanningen van huisartsen en apothekers als dit resulteert in een daling van 5% in de voorgeschreven medicatie bij alle hagro-leden. Om dat te realiseren besluit de hagro een ervaren huisarts met brede medicatie-ervaring te benoemen tot 'medicatiepauz'. Deze huisarts bespreekt maandelijks het medicatiegebruik met alle hagro-leden. Ter compensatie draait hij een nachtdienst minder. De verzekeraar zorgt ervoor dat de benodigde data maandelijks beschikbaar zijn. Regelmatig wordt teruggekoppeld of men op koers ligt. Collega's die er moeite mee hebben de reductie te realiseren, worden ondersteund. Na één jaar is het medicatiegebruik gedaald met 8%. De bonus wordt gevierd met een uitje. Gestimuleerd door deze positieve ervaringen maken nog drie andere hagro's afspraken met de verzekeraar. Als ook zij een goed resultaat realiseren, blijkt de verzekeraar bereid te investeren in andere aandachtsgebieden waarbij kostenreductie kan worden gerealiseerd. De huisartsen menen dat het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn minder kan als de samenwerking met het lokale ziekenhuis soepeler verloopt.

Na overleg blijkt de raad van bestuur van het ziekenhuis bereid te investeren in de samenwerking op voorwaarde dat de vier hagro's 'met één mond spreken'. Om dat te realiseren wordt besloten om (voorlopig voor één jaar) een gezondheidswetenschapper aan te stellen als contactpersoon namens de hagro's. Zij wordt voor 20% betaald door de huisartsen zelf, voor 40% door de zorgverzekeraar en voor 40% door het ziekenhuis. Het overleg met de contactpersonen van ziekenhuis en verzekeraar leidt al snel tot verbeteringen in de gegevensuitwisseling en het aanvragen van lab- en röntgendiagnostiek. Ook wordt afgesproken dat één dagdeel per maand specialisten uit het ziekenhuis gezamenlijk consulten gaan doen met geïnteresseerde huisartsen in het gemeentelijk zorgcentrum. Eind van het jaar is het aantal verwijzingen gedaald met 2%.

De hagro-coördinator besteedt gemiddeld twee dagen aan het contact met ziekenhuis en verzekeraar. De andere dagen werkt zij aan administratief bestuurlijke taken voor de hagro's zoals afstemming en overleg met andere verzekeraars, thuiszorgorganisaties, gemeente, GGD en jeugdzorg. Ook neemt zij administratieve taken op zich die tot nu toe door de hagro's en/of de huisartsen afzonderlijk werden gedaan. Zo bereidt zij ook de hagro-vergaderingen voor en legt de afspraken vast. De tijd die vrijkomt, besteden de huisartsen aan patiëntenzorg.

Na een jaar zijn huisartsen, verzekeraar, specialisten en ziekenhuisdirectie, maar ook de gemeente zeer tevreden over de resultaten. De samenwerking binnen de eerste lijn verloopt soepeler dan voorheen, evenals de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en de samenwerking met de GGD. De zorgvraag is minder gestegen dan landelijk en de sfeer tussen alle partijen is verbeterd. Besloten wordt de aanstelling te verlengen.

(Dit voorbeeld is gebaseerd op de realiteit.)

Inleiding

De 'georganiseerde eerste lijn' staat momenteel meer dan ooit in de belangstelling. Op Google scoort de term ruim 85.000 hits (2012). Beroepsorganisaties, verzekeraars, patiënten en politici/overheid streven naar versterking van de eerste lijn als een fundament onder het zorgsysteem. In de eerste lijn komen preventie, *care*, *cure* en palliatieve zorg samen en bovendien draagt zorg dicht bij huis bij aan het welzijn van de patiënten én aan het terugdringen van de kosten. Er liggen dus kansen voor de eerste lijn en voor de huisarts in het bijzonder, mits de beroepsgroep in staat is actief in te spelen op deze (politieke) mogelijkheden.

'Ik lig zelden wakker van twijfels over medische vraagstukken; daar ben ik voor opgeleid en in getraind. Wat me wel wakker houdt, zijn problemen in de samenwerking: binnen mijn praktijk, hagro en HAP en met het ziekenhuis. Daar ben ik niet of nauwelijks voor opgeleid terwijl het steeds belangrijker en complexer wordt.' (verzuchting van een huisarts)

Door de vergrijzing, de toenemende behandelmogelijkheden en vooral de preventie van meerdere ziekten of aandoeningen bij oudere patiënten of chronisch zieken zijn er regelmatig veel zorgverleners van zeer diverse achtergrond bij de zorg betrokken. Voor coördinatie en regievoering tussen al deze hulpverleners wordt vaak gekeken naar de huisarts (al of niet samen met de wijkverpleegkundige).

Het probleem is echter dat huisartsen niet of nauwelijks zijn geschoold in de vaardigheden die hierbij van belang zijn: samenwerken en organiseren. Huisartsen hebben gewoonlijk in de dagelijkse praktijk wel leren samenwerken (*learning by doing*) maar daar zit ook de valkuil: ieder doet het op zijn eigen manier.

'Samenwerken is een doelgericht proces met een wederzijdse afhankelijkheid van deelnemers. Daarbij wordt op basis van een voortdurende dialoog, in onderlinge afhankelijkheid, met elkaar, iets gecreëerd, dat de kwaliteiten van elk van de betrokken deelnemers overstijgt.' (bron: Wikipedia)

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen rondom de diverse samenwerkingsrelaties van artsen zoals met collega's en andere zorgverleners. Ook bespreken we de hindernissen die huisartsen daarbij tegenkomen. Paragraaf 1 en 2 behandelen de redenen waarom huisartsen steeds intensiever en breder moeten samenwerken en met welke professionals en organisaties dat moet gebeuren.

Paragraaf 3 en 4 gaan in op de basis van samenwerken en de organisatorische, persoonsgebonden en cultuurgerelateerde hindernissen die daarbij optreden.

In paragraaf 5 komen verschillende vormen van samenwerking aan de orde: de samenwerking binnen de eigen praktijk, hagro en HAP, de interdisciplinaire samenwerking, de populatiegerichte samenwerking en de samenwerking met specialisten in de tweede lijn.

Paragraaf 6 is gewijd aan de rol van emoties in de samenwerking. Inzicht hierin draagt bij aan het oplossen van conflicten die kunnen ontstaan in de samenwerking.

Op de vraag 'Wat draagt het meest bij aan uw arbeidstevredenheid?' noemen artsen als eerste: 'waardering van patiënten'. Goede tweede is 'samenwerken met collega's'.

Hopelijk draagt dit hoofdstuk eraan bij dat die samenwerking soepel verloopt.

1 Waarom moeten huisartsen samenwerken?

1.1 Veranderingen in de zorgvraag

'Een goede prestatie is winst op korte termijn, een goede relatie is winst op lange termijn.'
(Anonymus)

Dat de arts meer dan ooit een goede teamspeler en 'samenwerker' moet zijn, komt in de eerste plaats door de veranderende zorgvraag. De zorgsector in zijn geheel, en de eerste lijn in het bijzonder, is steeds meer gericht op langdurige zorg voor mensen met comorbiditeit. Het aantal ouderen neemt toe en mede daardoor zijn er in Nederland inmiddels meer dan een miljoen patiënten met meerdere chronische aandoeningen. Volgens het RIVM neemt dit aantal de komende jaren nog aanzienlijk toe vanwege het snel groeiende aantal chronisch zieken, dat wil zeggen: mensen met één of meer beperkingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om diabetespatiënten met oogaandoeningen of hart- en vaatziekten. Ook het aantal mensen in de huisartsenpraktijk met multiproblematiek neemt toe. Dit zijn mensen die met een lichamelijke klacht op het spreekuur komen, maar ook, en soms vooral, een ander probleem hebben, bijvoorbeeld een huurschuld, een opvoedingsprobleem of werkloosheid. Dit soort combinaties van lichamelijke, psychische en sociale problemen zal in de huisartsenpraktijk steeds meer tijd in beslag nemen. Vaak zit hier ook nog een gedragsaspect aan: een slecht eetpatroon, te weinig bewegen, roken.

Deze veranderingen in de zorgvraag dienen zich aan bij de huisarts en vragen dringend om enigerlei vorm van samenwerking. Voor adequate eerste opvang, optimale behandeling en effectieve doorverwijzing is steeds vaker bundeling nodig van kennis en kunde van meerdere gespecialiseerde zorgprofessionals binnen de eerste lijn. Hetzelfde geldt voor samenwerking met zorgverleners in de thuiszorg (nulde lijn), het ziekenhuis of geestelijke gezondheidszorg (tweede lijn). Voor het goed uitoefenen van het huisartsenvak zijn kennis en kunde over goede samenwerking inmiddels onmisbare voorwaarden geworden.

1.2 De wens van de patiënt

Patiënten willen graag een sterke eerste lijn vanuit hun wens zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. In de vertrouwde omgeving lukt het patiënten het beste om de regie te houden over de eigen gezondheidssituatie. Maar een sterke eerste lijn impliceert samenwerking en dus een andere organisatie van de huisartsenpraktijk. De wensen van patiënten staan dan ook centraal in het rapport *De arts van straks, het medisch opleidingscontinuüm*. Daarin presenteerde een groot aantal Nederlandse zorgorganisaties een gezamenlijke visie op de 'ideale' arts van 2020 en de opleiding die daarvoor nodig is.

1.3 Veranderingen binnen de beroepsgroep zelf

De veranderende werksituatie van artsen noodzaakt ook tot meer en beter samenwerken. Steeds meer artsen, vrouwen en mannen, werken immers in deeltijd of op basis van flexibele arbeidsuren. Men ziet de balans van het zakelijke en de privé sfeer verschuiven: jongere generaties artsen willen die balans anders instellen dan de oudere collega's. Zij zoeken naar meer flexibiliteit in hun leven en een goede balans tussen werk, opvoeding, opleiding, vrije tijd, enzovoort. Mede hierdoor neemt het solistisch werken af en werken steeds meer huisartsen in dienstverband bij een andere huisarts (hidha). Ook in de huisartsenpost (HAP) werken huisartsen intensief samen met elkaar en met ondersteunende zorgverleners. De druk op dergelijke nieuwe werkvormen neemt nog eens toe door de strengere eisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken stelt. Al deze nieuwe werkvormen doen een beroep op verschillende samenwerkingsvaardigheden.

1.4 Minder fouten

Uit gegevens van de IGZ (*De vrijblijvendheid voorbij*, 2009) blijkt dat gebrekkige kwaliteit en veiligheid van zorg vaak ontstaat door gebrekkige samenwerking. Daarbij komt dat in enkele tuchtzaken is vastgesteld dat huisartsen elkaar in een samenwerkingsverband moeten aanspreken als er sprake is van (langdurig) slecht functioneren. Bovendien leidt negatieve publiciteit rond een slecht functionerende collega tot reputatieschade voor allen. De IGZ toetst maatschappen en andere samenwerkingsverbanden tegenwoordig op de kwaliteit van de samenwerking. Ook is er al een instrument beschikbaar om longitudinaal in beeld te brengen hoe een samenwerkingsverband van artsen zich ontwikkelt (www.baromed.nl).

1.5 Eerste lijn kost minder dan de tweede lijn

Politici en verzekeraars streven naar versterking van de eerste lijn vanuit de overtuiging dat eerstelijnszorg goedkoper is dan de tweedelijnszorg. Bovendien sluit die zorg beter aan bij de zorgvraag van de patiënt. Daarom wordt gewerkt aan financieringsprikkel die goed werkende samenwerkingsverbanden in de eerste lijn belonen. Daarbij wordt niet de zorg van iedere zorgverlener afzonderlijk vergoed, maar het resultaat van een groep samenwerkende zorgverleners. Op die manier worden eerstelijns hulpverleners enthousiast gemaakt voor werken in een samenwerkingsverband zonder dat zij dat beschouwen als een onacceptabel verlies van autonomie.

Kostenbesparing dwingt ook tot efficiency binnen de eerste lijn. Een goed opgezette interdisciplinaire samenwerking kan voorkomen dat 'zwaarder' opgeleide professionals (zoals de huisarts) taken uitvoeren die ook door een 'minder zwaar' opgeleide professional (verpleegkundige, maatschappelijk werkende) kunnen worden uitgevoerd.

2 Met wie moeten huisartsen samenwerken?

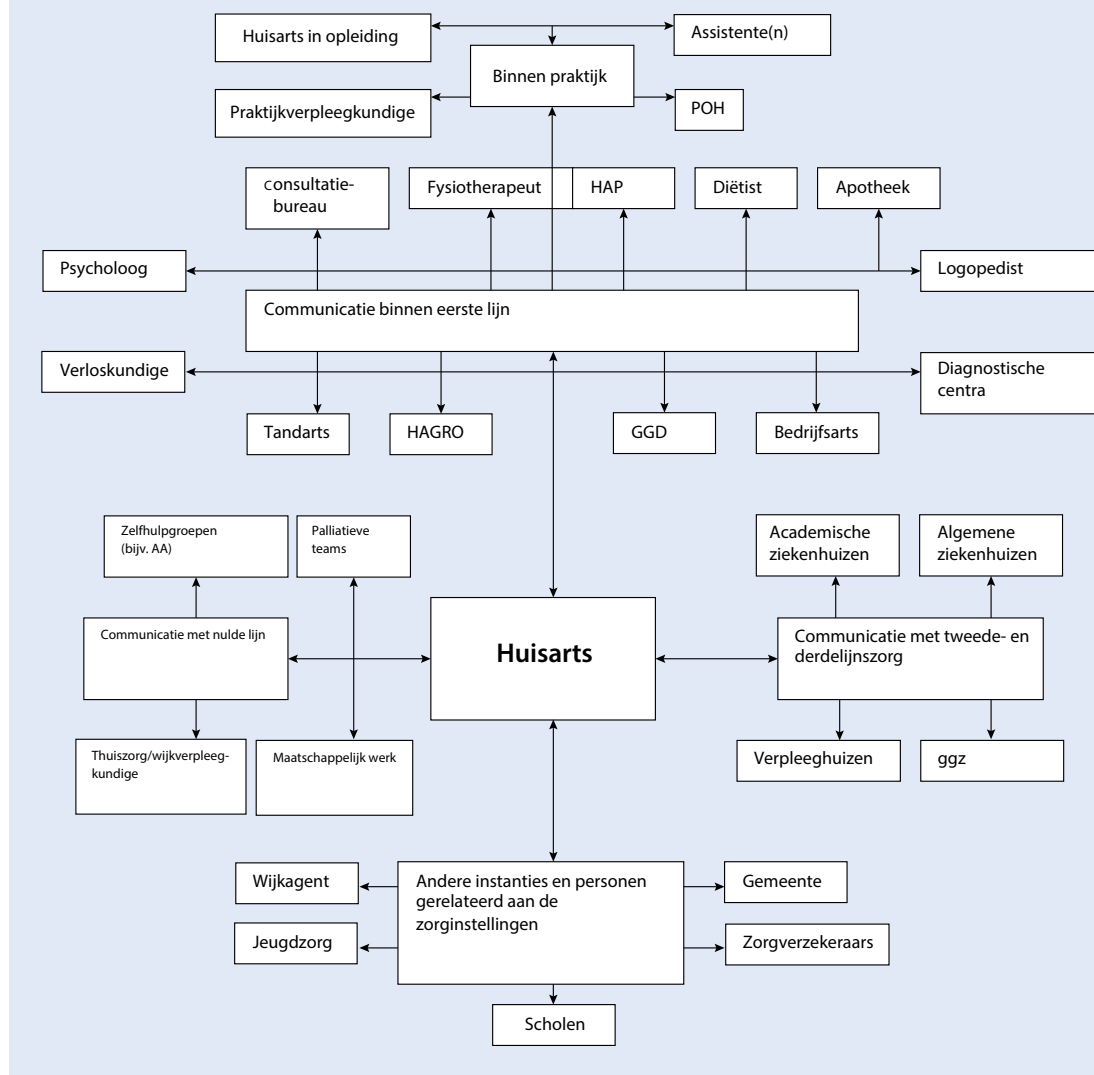
Vanouds werkt de huisarts samen met (para)medische zorgverleners zoals verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, diëtisten en maatschappelijk werkenden. Inmiddels zijn er andere beroepen ontstaan, zoals praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten. Daarnaast werkt de huisarts intensief samen met thuiszorgorganisaties, centra voor jeugd en gezin en wijkorganisaties. De huisarts werkt dus tegenwoordig niet alleen samen met partners in de zorg, maar ook met partners in welzijn en maatschappelijke ondersteuning.

Figuur 12.1 laat zien met welke instanties en zorgverleners de huisarts zou moeten samenwerken om een sterke en goed georganiseerde eerste lijn mogelijk te maken.

Deze figuur maakt de kloof duidelijk tussen theorie en praktijk. Een huisarts zal er niet in slagen alle relaties en partners een plaats te geven in zijn dagelijks werk. In dit hoofdstuk bieden wij een werkbaar alternatief door samenwerkingsvormen te beschrijven waarbinnen de huisarts het overzicht kan behouden.

Figuur 12.2 geeft een ordening en prioritering weer van de verschillende vormen van samenwerking. Wij zullen dit verder verduidelijken.

Figuur 12.1 Zoekplaatje: samenwerkingsrelaties van de huisarts



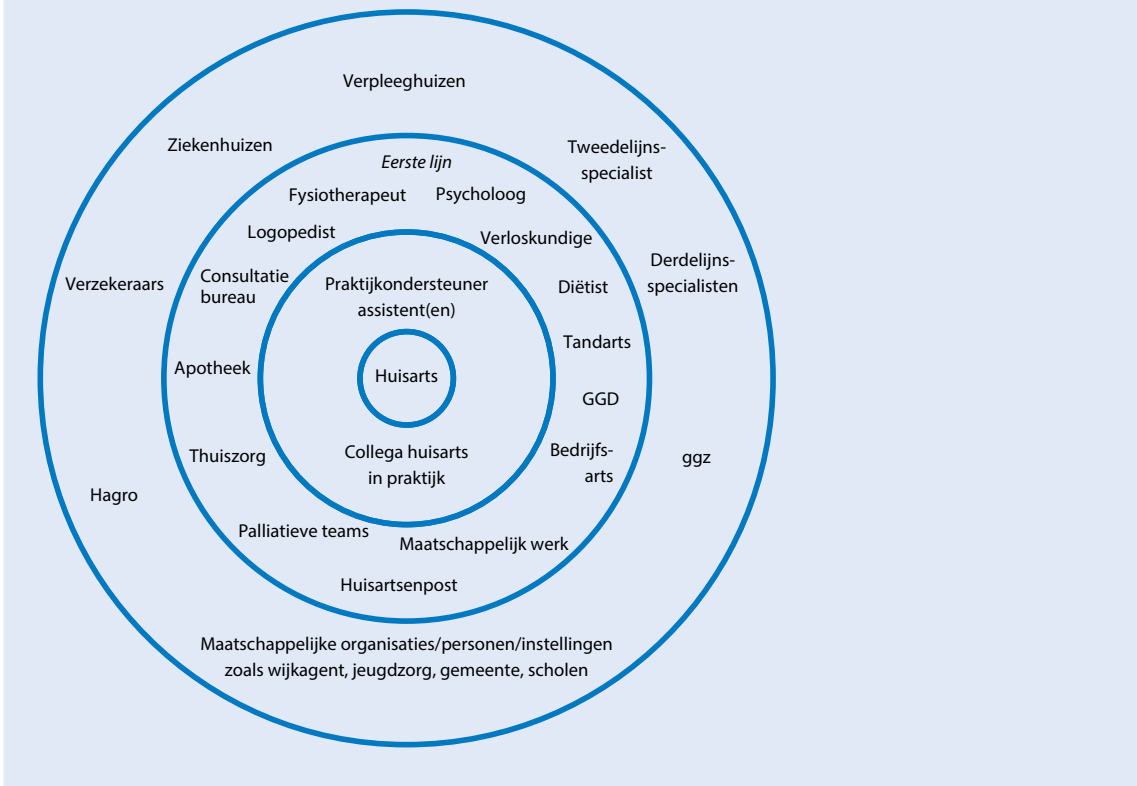
3 De basis voor goed samenwerken

De basis voor goed samenwerken ligt in een aantal voorwaarden. Het doel van de samenwerking moet helder zijn; de samenwerkingspartners moeten afspraken maken over de onderlinge werkwijze; er moet een sfeer bestaan van veiligheid en vertrouwen en de deelnemers moeten elkaars inbreng en deskundigheid waarderen.

Verder moeten 'samenwerkers' energie steken in de samenwerking, integer zijn en bereid zijn te leren van anderen. Zij moeten kunnen omgaan met onzekerheid, grenzen stellen, feedback vragen aan andere deelnemers en structuur aanbrengen in de discussie. Ook moeten ze deskundigheid hebben over het onderwerp.

Bij het starten van een samenwerking tussen meerdere zorgverleners is het verstandig eerst de onderlinge relaties in beeld te brengen en vooral welke belangen er spelen voor alle betrokkenen. Vakinhoudelijke belangen maar vooral ook organisatorische, economische en persoonlijke belangen.

Figuur 12.2 Huisartssamenwerkingsrelaties gerangschikt



Als aan deze voorwaarden is voldaan, is de kans groot dat de samenwerking een resultaat oplevert dat beter is dan ieder afzonderlijk had kunnen realiseren.

In hoofdstuk 10 en 11 wordt verder ingegaan op voorwaarden voor samenwerken.

4 Hindernissen voor samenwerking

Het opbouwen van een goede samenwerking is niet altijd eenvoudig. In de praktijk komt men diverse soorten hindernissen tegen.

4.1 Organisatorische hindernissen

De eerste lijn is een lappendeken van 30.000 kleine bedrijfjes van zelfstandige ondernemers: huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen, psychologen, enzovoort. Zij werken vaak alleen op ad-hocbasis samen waarbij regie over het grote geheel (lees: dat wat de patiënt wil) in de eerste lijn vaak ontbreekt.

Voor het vormgeven van samenwerking binnen de eerste lijn en met tweedelijnspecialisten wordt vaak een beroep gedaan op de huisarts. Hij is hoogopgeleid en heeft vanuit zijn functie contact met alle betrokkenen in de tweede, eerste en nulde lijn. Daardoor zit hij als een 'spin in het (zorg)web'.

Een 'spin' zit echter in een comfortabeler positie dan de huisarts. De spin is vanaf zijn geboorte vaardig in het weven van een web en bouwt dat op met regelmaat en naar eigen inzicht. Ook zal 'het web' niet met de spin in discussie treden over verlangens en voorkeuren.

Probleem is ook dat de huisarts gewoonlijk onvoldoende is opgeleid voor deze taken en er te weinig tijd voor heeft. Het is ook niet altijd even leuk; conflicten kunnen snel ontstaan.

Ook is de bekostiging van de tijd die nodig is voor (het opbouwen van) een goede samenwerking (overleg, afspraken over regievoering, coördinatie van zorgprocessen, enzovoort) onvoldoende of onduidelijk. Dit remt de bereidheid tot samenwerking.

Een andere veelgehoorde klacht is dat organisaties waarmee wordt samengewerkt van beleid veranderen (bijvoorbeeld na gemeentelijke verkiezingen of door fusie) of dat plotseling een andere organisatie wordt ingehuurd door de gemeente. Dat laatste kan gebeuren bij aanbesteding van het maatschappelijk werk conform de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In zo'n situatie moet tijd worden geïnvesteerd in het (her)opbouwen van de samenwerking.

In zijn evaluatie van de eerste lijn constateerde het Landelijk Overleg Versterking Eerste Lijn (LOVE) dat interdisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn nog onvoldoende van de grond komt. Hierdoor zijn toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg niet optimaal. Als voorwaarden voor interdisciplinaire samenwerking noemt LOVE: wederzijds vertrouwen, doorbreken van domeindenken en een professionele organisatie van de eerste lijn.

4.2 Persoonsgebonden hindernissen

Het medisch beroep heeft enkele kenmerken die dominant zijn bij de uitoefening en die samenwerking niet bevorderen. Ten eerste is het beroep van arts dienstverlenend. Een huisarts streeft ernaar de patiënt de regie te laten houden over zijn eigen aandoening of klacht. De huisarts zelf wordt niet getraind in 'regievoering'. Toch wordt dit steeds vaker verlangd van huisartsen.

Ten tweede is de arts een 'doener' die in een consult van tien minuten een diagnose stelt, een behandeling adviseert of doorverwijst. De focus ligt op 'kort en krachtig'. Dit 'samenwerken met de patiënt' beheerst de Nederlandse huisarts heel goed. Daar heeft hij voor geleerd en daar ligt zijn hart. En als het nodig is, ziet de huisarts zijn patiënt na korte tijd weer terug, bijvoorbeeld om de resultaten van aanvullende diagnostiek te bespreken. Deze korte doorlooptijd stimuleert het denken in dagen, weken of hooguit maanden. Proactief denken en handelen met een langere tijdshorizon vergt echter een veel langere doorlooptijd en dat is niet gemakkelijk voor een huisarts. (Vraag een huisarts eens naar de plannen voor zijn praktijk voor over een jaar...)

Ten slotte is er ook de angst dat werken in een samenwerkingsverband leidt tot een onacceptabel verlies van autonomie.

Voor de groepsprocessen die van belang zijn voor samenwerken, verwijzen we naar hoofdstuk 11.

4.3 Cultuurgebonden hindernissen

Veel samenwerkingsverbanden tussen artsen zijn informeel geregeld. De interactie in de samenwerking wordt dan gestuurd door informele vormen van controle. Dergelijke collegiale omgangsvormen en de bijbehorende ongeschreven regels hebben invloed op het functioneren van een samenwerkingsverband (Witman, 2007)⁹. Het gaat dan om:

- *Beslissen in consensus*. Deelnemers geven elkaar geen opdrachten en controleren niet; de groep praat door totdat iedereen het eens is of lijkt te zijn. Het wordt met name problematisch als een deelnemer akkoord moet gaan met een maatregel waar hij eigenlijk geen verantwoordelijkheid voor wil of kan nemen. Als de maatregel botst met dat wat de arts optimaal acht voor zijn patiënten of zichzelf, bestaat de kans dat hij zijn eigen gang gaat (soms zonder dat als zodanig te melden aan de anderen).
- *Collegialiteit en loyaliteit*. Artsen vallen elkaar niet af naar de buitenwereld.
- *Geen openlijke kritiek geven*. Om dit te voorkomen, wordt kritiek vaak verpakt in een vraag. Op die manier wordt gezichtsverlies voorkomen terwijl – hopelijk – voor de collega de boodschap duidelijk is.

Als artsen discussiëren over zorginhoudelijke thema's levert dat meestal geen problemen op omdat deze op basis van richtlijnen of ander wetenschappelijk onderzoek kunnen worden onderbouwd. Dergelijk overleg ligt ook in het verlengde van het dagelijkse werk: het stellen van een differentiaaldiagnose en vervolgonderzoek. Bij zorginhoudelijke discussies kan altijd de (overstijgende) vraag worden gesteld: 'Wat wil de patiënt?' Ook kan advies worden gevraagd aan ervaren collega's of tweedelijnspecialisten.

De echte test komt als een samenwerkingsverband een bindend besluit moet nemen, terwijl daar uiteenlopend over wordt gedacht. Dat kan gebeuren als het gaat over de organisatie van de zorg. Een van de oorzaken van de stropigheid van dergelijke discussies is dat artsen niet of nauwelijks zijn opgeleid in de organisatorische en psychologische aspecten die een rol spelen bij samenwerken en organiseren. Ze hebben er ook weinig affiniteit mee. Het is uiteraard mogelijk ook op dit terrein advies in te winnen bij derden (bijvoorbeeld een organisatiedeskundige), maar dit gebeurt zelden. Het lijkt erop dat artsen het als een nederlaag beschouwen als zij er niet zelf uitkomen. Ook speelt mee dat een organisatiedeskundige geld kost. Opvallend genoeg hebben artsen minder moeite met het inhuren van juridisch of fiscaal deskundigen.

Het is verstandig niet te lang te wachten met het invoeren van externe deskundigheid. Kies in dat geval iemand die vertrouwd is met de situatie en affiniteit heeft met de (huisartsen)zorg. De extern deskundige moet geaccepteerd worden door alle betrokkenen.

Gelukkig zijn er ook bevorderende factoren voor samenwerking. In zijn rapport *Bekwaam is Bevoegd* (2011) wijst de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) erop dat wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen drastische veranderingen mogelijk maken in de organisatie en wijze van zorgverlening. Daardoor ontstaat niet alleen behoefte aan nieuwe beroepen, maar ook aan andere competenties bij bestaande beroepen. Taken die voorheen alleen door de huisarts mochten worden verricht worden nu, onder andere met behulp van technologie, ook door hbo- of mbo+-opgeleiden uitgevoerd. Taakherschikking van huisarts naar bijvoorbeeld verpleegkundigen blijkt prima mogelijk. Nog beter is het als de patiënt zelf (een deel van) de diagnostiek en behandeling uitvoert.

Nieuwe mogelijkheden, maar ook hier weer hindernissen. Op basis van onderzoek en consultatie van een groot aantal artsen en andere deskundigen concludeert de RVZ:

‘Competenties van zorgprofessionals sluiten niet aan op de behoeften van de patiënten en de bevolking. Professionals werken slecht met elkaar samen en incidentele contacten zijn de norm.’

De RVZ spreekt van een *wake-up call* en pleit ervoor dat basis- en vervolgopleidingen meer aandacht besteden aan samenwerken en organiseren.

In de zakenwereld, advocatuur, en dergelijke is het heel gebruikelijk dat professionals in opleiding een assessment doorlopen om na te gaan in hoeverre zij vaardigheden zoals samenwerken en organiseren beheersen. Inmiddels doet de OOR Leiden (LUMC) onderzoek naar deze ‘niet-medische’ vaardigheden door aiossen in hun tweede opleidingsjaar een assessment aan te bieden dat helemaal is toegesneden op de CanMEDS-rollen (www.artsenassessment.nl).

De eerder behandelde kenmerken van het huisartsenberoep kunnen een belemmering blijken voor samenwerking. Om dat te voorkomen, moet de huisarts op zoek naar vormen van samenwerking die recht doen aan de kenmerken van zijn ‘genotype’. Samenwerking dus die de positieve elementen van die kenmerken versterken. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen dergelijke oplossingsrichtingen de revue passeren. Vooruitlopend daarop globaal enkele oplossingsrichtingen.

- Samenwerking moet in ieder geval gaan om de patiënt, om zijn ziekte, om de praktijkpopulatie. Om de inhoud van de zorg dus.
- Samenwerkingspartners moeten een systematisch onderscheid maken tussen vormen van samenwerking:
 - de samenwerking rond een individuele patiënt;
 - de samenwerking rond facilitaire kwesties (bijvoorbeeld huisvesting, bedrijfsvoering, ICT);
 - de samenwerking in de keten (bijvoorbeeld diabeteszorg).
- Artsen vinden het soms moeilijk om dit onderscheid in de praktijk aan te brengen. Onze suggestie is facilitaire kwesties te delegeren naar deskundigen.
- Het is verstandig om het teamoverleg te laten leiden door een andere zorgprofessional dan een huisarts (bijvoorbeeld verpleegkundige of paramedicus). Tegelijkertijd is het ook verstandig altijd een arts-teamlid in de leiding van de organisatie te benoemen.

5 Vormen van samenwerking

5.1 Samenwerken in de eigen praktijk: de kunst van delegeren

'Het woord delegeren is ons vreemd, we stoppen overal onze neus in en vervolgens klagen we dat we het zo druk hebben.' (verzuchting van een huisarts)

Een belangrijke vaardigheid voor samenwerken in de eigen praktijk is het delegeren van taken door de huisarts naar bijvoorbeeld praktijkondersteuner (POHO of doktersassistente). Hierna behandelen we hoe dat goed kan gebeuren.

Delegeren is het overdragen van bevoegdheden, inclusief de verantwoordelijkheid. Bij de keuze van wat de huisarts kan delegeren zal hij zich baseren op de mate waarin betrokkene bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan dragen. De bereidheid taken te delegeren is in de eerste plaats afhankelijk van de manier waarop de arts de ander en zijn beroep (en competenties) waarneemt en in de tweede plaats door zijn inzicht in de eigen rol en competenties, in zijn sterke en zwakke kanten. Beide factoren zijn subjectief en dus beïnvloedbaar.

Bij goed delegeren worden vooraf voorwaarden geschapen om de taak goed uit te laten voeren door een andere persoon. De doelen van de taak worden duidelijk gemaakt, de handelingen uitgelegd en de huisarts stelt controlevragen om na te gaan of de opdracht goed is begrepen. De manier van uitvoeren wordt besproken en er worden afspraken gemaakt over resultaat en proces. Als de taak is overgenomen moet de delegerende huisarts (op de achtergrond) beschikbaar zijn om zo nodig problemen te bespreken en klankbord te zijn. Ook kan op verzoek geholpen worden bij de uitvoering. Ten slotte moet de delegerende eventueel fouten aangeven, lacunes achterhalen en actief luisteren. Samen moet men het proces van delegeren periodiek evalueren. Als de verantwoordelijkheid voor het resultaat op goede wijze wordt gedelegeerd, is dat een stimulans om creatiever, zelfstandiger en gemotiveerder de taak uit te voeren. Resultaatgericht werken en vertrouwen zijn hier de toverwoorden.

Huisartsen voelen zich verantwoordelijk voor het resultaat van hun handelen en stellen hoge eisen aan zichzelf. Delegeren betekent 'loslaten' en de verantwoordelijkheid overdragen. Dat is niet altijd eenvoudig. Ook kan delegeren tot ergernis leiden als degene die de taak overneemt niet precies de eigen standaarden hanteert. En dat is niet uitgesloten omdat de arts delegeert aan een andere discipline met een andere beroepsinhoud.

Aanvankelijk kost delegeren ook meer tijd dan het oplevert. Bij het overdragen van taken moet tijd worden gereserveerd voor een zorgvuldige en duidelijke uitleg. Op de langere termijn zal delegeren tijd opleveren.

Intermezzo I: Drogredenen om niet te delegeren

Artsen vinden delegeren niet gemakkelijk. Ter 'verklaring' worden allerlei redenen genoemd waarom delegeren niet zou kunnen. Hieronder worden drogredenen besproken.

Drogreden 1: Mijn personeel heeft te weinig verantwoordelijkheidsgevoel.

De meeste medewerkers zijn graag bereid verantwoordelijkheid te nemen, mits je ze daadwerkelijk verantwoordelijkheid geeft en ze begeleidt bij het oppakken daarvan.

Drogreden 2: Als ik taken delegeer, gebeurt het niet goed.

Concentreer je op: wat moet er gebeuren en wanneer moet het af? Met betrekking tot 'hoe moet het gebeuren' kun je eenmaal laten zien hoe het moet gebeuren. Daarna doe je de taak één keer samen. Vervolgens doet degene die de taak overneemt het zelfstandig net zo lang tot het goed gaat. In het begin moet je regelmatig controleren of alles goed gaat. Als dat zo is, kan de frequentie van controleren worden verminderd.

Drogreden 3: Ik ben de enige die alles weet.

Veel artsen kunnen zich moeilijk losmaken van deze gedachte. Maar zelfs als je het inderdaad beter kunt dan degene die de taak overneemt, dan nog is het beter taken te delegeren. Het is immers onmogelijk en onwenselijk dat je alle taken op je neemt. Als je weinig of niets delegeert, word je totaal inflexibel. Als je veel delegeert, kun je in de vrijgekomen tijd taken uitvoeren die niet door anderen kunnen worden gedaan.

Drogreden 4: Als ik het zelf doe, gaat het sneller.

Natuurlijk duurt het de eerste keer dat een ander het doet langer. Als ouders hun kinderen de afwasmachine leren uitruimen kost dat de eerste keer meer tijd. Ook sneuvelt er wellicht een kopje of bord, maar op den duur levert het veel tijd op.

Drogreden 5: Het tast mijn gezag aan.

'Management is getting things done by other people.' Ook weet iedere leidinggevende dat als anderen rondom hem met plezier werken doordat zij uitdagende taken gedelegeerd krijgen, de hele afdeling beter functioneert.

Drogreden 6: Ik vind het vervelend om de ander te 'commanderen'.

Commanderen is inderdaad niet de manier. Maar als je de anderen op de juiste manier nieuwe taken geeft, daagt hen dat uit en dat leidt tot arbeidstevredenheid.

Drogreden 7: De mensen naar wie ik wil delegeren hebben het te druk.

Ga na waarom het zo druk is en of het anders kan. Een voorbeeld is het verschuiven van een dagelijks overleg tussen huisarts en POH van het einde van de middag naar tussen de middag. Aanvullende taken (aanvragen, en dergelijke) die in dat gesprek naar voren komen, kunnen dan gedurende de middag worden gedaan. Dat geldt niet als het gesprek aan het einde van de middag plaatsvindt.

Drogreden 8: Ze hebben geen overzicht.

Als je alles zelf wilt doen, verlies je zeker het overzicht.

5.2 Samenwerken in een hagro

Huisartsen werken inhoudelijk en bestuurlijk met elkaar samen in een hagro. Een voorzitter van een hagro heeft geen eenvoudige taak. De informele regels binnen een hagro maken het moeilijk om slagvaardig tot duidelijke beslissingen te komen. Een hagro-voorzitter moet voorzichtig te werk gaan, omdat er geen formele hiërarchie aanwezig is. Een besluit kan alleen in consensus worden genomen. Met name het 'gezag' van de persoon die een voorstel doet, is belangrijk voor de uitkomst. Als de voorzitter van een hagro het gezag heeft van een inhoudelijk goede dokter en ook op andere terreinen een voorbeeldrol vervult, lukt het beter om tot snelle consensus te komen dan wanneer de hagro-voorzitter wordt gezien als een 'compromiskandidaat'.

Een andere vorm van beslissen gebeurt via collectieve druk. Als alle collega's akkoord gaan met de aanschaf van een ICT-systeem, is het lastig om als enige in de groep een ander ICT-systeem te gebruiken.

Heel moeilijk is het aanspreken van een collega op (dis)functioneren. Daarbij voldoen collegiale omgangsvormen niet. Het omgaan met dit soort dilemma's vergt veel energie. Toch is het van groot belang, ook omdat dit 'aanspreken op' als een verplichting gaat gelden in het medisch tuchtrecht. IGZ ziet het als een verplicht onderdeel van het medisch handelen. Dit belangrijke aspect moet dan ook veel aandacht krijgen in de voorbereiding en de vormgeving van de samenwerking. Dit betekent dat binnen de hagro glashelder moet zijn welke kwaliteitsstandaarden worden gehanteerd; die sturen immers het gedrag in de spreekkamer.

Als het toch lijkt mis te gaan met een hagro-lid, wacht dan niet af in de hoop dat het vanzelf beter zal gaan. Meestal verbetert het alleen onder druk. Vraag extern advies en besteed er zoveel tijd aan als nodig is.

Als samenwerkingsvormen groter en complexer worden, zoals bij het samengaan van verschillende hagro's in een stichting of coöperatie, dan is het noodzakelijk om verdergaande afspraken te maken. Als de samenwerking doorzet – en daar lijkt het op – zal dat verdere verzakelijking en formalisering afdwingen. Het is van belang om in de nieuwe situatie de goede kanten van de traditionele samenwerkingsvormen, zoals solidariteit tussen de deelnemers, te behouden.

Het is opvallend dat vaak weinig tijd wordt besteed aan het opbouwen en onderhouden van de goede samenwerking. Gewoonlijk wordt veel vergadertijd besteed aan zorginhoudelijke onderwerpen. Organisatorische onderwerpen zijn niet geliefd en worden vaak 'afgeraffeld' in de laatste minuten van de bijeenkomst, terwijl de deelnemers moe zijn en popelen om weg te gaan. Laat dat niet gebeuren!

5.3 Samenwerken in een huisartsenpost (HAP)

Tegenwoordig wordt het grootste deel van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekend geleverd via samenwerkingsverbanden van HAP's. Bij een HAP zijn tientallen tot meer dan honderd huisartsen vanuit verscheidene hagro's aangesloten.

Deze samenwerking is niet vrijblijvend, maar samenwerkingsproblemen krijgen minder kans. In de eerste plaats omdat wordt voldaan aan de belangrijkste voorwaarde voor samenwerking, namelijk dat de HAP een specifiek doel dient: het verzorgen van avond-, nacht- en weekenddiensten. Ten tweede dient de HAP het eigen belang van de deelnemende huisartsen, namelijk reductie van het aantal avond-, nacht- en weekenddiensten. Verder is de organisatie duidelijk en is het een voordeel dat er in wisselende samenstellingen wordt gewerkt. Als het een keer niet klikt met de samenwerkingspartners, dan is dat wel vol te houden voor een keer. Gewoonlijk is er een professionele organisatie met heldere regels en afspraken.

5.4 Interdisciplinair samenwerken

Voor een samenwerking tussen professionals met verschillende achtergronden worden de termen multi- en interprofessioneel en multi-, trans- en interdisciplinair door elkaar gebruikt. Wij hanteren hier het meest gangbare woord, namelijk 'interdisciplinair'.

Interdisciplinaire samenwerking is noodzakelijk als zorgverleners met verschillende achtergronden een resultaat kunnen realiseren dat door monodisciplinaire samenwerking – samenwerking van zorgprofessionals met eenzelfde achtergrond – niet kan worden gerealiseerd.

Het doel van interdisciplinair samenwerken, is het bieden van optimale zorg voor de patiënt.

Met de patiënt als middelpunt moet worden nagedacht over wie wat doet op welk moment, welke belemmeringen daarbij optreden en hoe we die kunnen opheffen. Met het oog op de juridische aansprakelijkheid voor zorgverleners in groepen is het belangrijk duidelijke regels en afspraken te maken over taakverdeling en verantwoordelijkheden in de zorg voor de patiënt.

Het Landelijk Overleg Versterking Eerste Lijn heeft een zeer informatieve website over interdisciplinair samenwerken in de eerste lijn: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl>.

Veel zorgberoepen komen in aanmerking voor interdisciplinaire eerstelijnszorgteams. Per patiëntengroep (dementerende ouderen, diabetespatiënten, palliatieve zorg) ziet de interdisciplinaire samenwerking er anders uit. Vaak zullen huisarts, paramedicus en wijkverpleegkundige betrokken zijn, waar nodig aangevuld met andere zorgverleners zoals apotheker, eerstelijnspsycholoog/psychiater, specialist ouderengeneeskunde, diabetes-, COPD- of pijnverpleegkundige en soms ook (in consult) klinisch specialisten.

In een interdisciplinair team communiceren deelnemende professionals regelmatig met elkaar en maken zij afspraken over wie wat doet op welk moment. Omdat het zorgaanbod van de deelnemende professionals kan overlappen, is duidelijkheid over ieders competenties en inzet van groot belang. Groot voordeel is dat samen met de patiënt kan worden bepaald welke zorgverleners in een bepaalde fase van zijn ziekte het beste passen bij zijn behoeften.

Naast het bieden van optimale zorg biedt interdisciplinair samenwerken andere voordelen. Zorgprofessionals kunnen veel van elkaar leren. Door afstemming van zorg is er minder frustratie bij patiënten en zorgverleners over miscommunicatie en door taakverdeling kan het werk flexibeler georganiseerd worden. Nadelen zijn dat het overleg tijd kost (vooral in het begin) en er frustratie kan optreden door uiteenlopende belangen of een andere wijze van werken. Zo willen huisartsen graag na 17.00 uur vergaderen. Andere deelnemers willen juist vergaderen vóór 17.00 uur waardoor inplannen van overleg problematisch kan zijn. Om goed te functioneren moet een interdisciplinair team aandacht besteden aan enkele punten. Zoals eerder betoogd, wordt vaak gekeken naar de huisarts als initiator, coördinator en regisseur van de interdisciplinaire samenwerking. Daarbij is het belangrijk dat de huisarts zelf en de andere teamleden goed leren omgaan met deze bijzondere positie. De huisarts zelf moet daartoe zijn traditioneel superviserende rol vervangen door een meer coachende en faciliterende rol. Dit vereist geduld en zelfreflectie. Ook is het voor alle professionals belangrijk zo veel mogelijk elkaars taal en wijze van denken te leren begrijpen. Artsen, verpleegkundigen, paramedici en andere betrokkenen kunnen immers verschillend denken over wat zij verstaan onder 'goede zorg'. Om lange discussies te voorkomen, is overleg met de patiënt over zijn wensen

essentieel. Op basis van wat de patiënt aangeeft als 'goede zorg', kunnen de gezamenlijke doelen van de interdisciplinaire samenwerking worden bepaald. In het verlengde daarvan kan samen met de patiënt de aanpak worden afgesproken: wie doet wat wanneer?

'Domeinoverstijgend denken' wordt helaas nauwelijks getraind in de opleiding van (para)medici en andere zorgverleners. Mede daardoor voelen zorgverleners zich niet altijd op hun gemak in een interdisciplinair team. Het zou goed zijn als deze en andere vaardigheden voor goed interdisciplinair samenwerken meer aandacht krijgen in basis- en vervolgopleidingen. Voorlopig zullen in de praktijk de teams de vaardigheden zelf moeten ontwikkelen.

Een ander aandachtspunt is dat veel zorgverleners een associatie leggen: samenwerken = (onnodige) overhead. Velen vrezen een toenemende invloed van managers en een afnemende invloed van de zorgprofessionals. Daarbij helpt het niet dat de financiële prikkels vaak haaks staan op samenwerken: de tijd die daarvoor nodig is, is vaak niet verwerkt in de bekostiging van de zorg. Alleen ergotherapeuten en kinderpsychiaters krijgen daarvoor expliciet overlegtijd vergoed.

Oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde aandachtspunten zijn:

- zorg voor één of maximaal twee hoofdbehandelaars per patiënt (twee is soms nodig in verband met continuïteit van zorg) zodat voor iedereen duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg;
- zorg voor één gezamenlijk elektronisch patiëntendossier (EPD) voor alle teamleden en voor de patiënt een daaraan gekoppeld persoonlijk gezondheidsdossier (PGD);
- zorg voor een individueel behandelplan op basis van overleg tussen patiënt en arts waarin de doelen van de zorg helder worden verwoord.

Ten slotte zien veel hulpverleners op tegen de stroperige vergaderingen om betrokkenen op één lijn te krijgen. Daarbij speelt de onbekendheid met technieken voor een soepele vergadering mee. Intermezzo II geeft daar tips voor.

Intermezzo II: Soepel vergaderen

Vergaderen behoort niet tot de favoriete tijdsbesteding van (huis)artsen. De afkeer wordt sterker als voorbereiding en uitvoering onvoldoende zijn. Om dat te voorkomen staan hieronder enkele praktische tips.

Tips voor goed vergaderen

- Mail de agenda zeker één week van tevoren rond en vraag om bevestiging van ontvangst.
- Neem de bijlagen zo veel mogelijk op in de agenda zelf (dus niet meerdere afzonderlijke bijlagen apart bijvoegen). Zorg ervoor dat iedereen alle stukken heeft.
- Vermeld vetgedrukt de plaats van vergaderen, begin- en eindtijd (eventueel ook de deelnemers).
- Geef per agendapunt een samenvatting van aanleiding en doel waarvoor het op de agenda staat. Ga waar zinvol ook in op de voorgeschiedenis en de stand van zaken en waar extra informatie is te vinden.
- Vermeld per agendapunt of het gaat om een voortgangsverslag of een oriënterende of besluitvormende discussie. In het laatste geval moet worden afgerond met een conclusie.
- Schat per agendapunt in hoeveel tijd ermee is gemoeid. Tel de geschatte tijden op om te zien of de beschikbare tijd voldoende is. Bij te weinig tijd moet u één of meer punten uitstellen tot een volgende vergadering of – als dat niet kan – een extra vergadering uitschrijven.
- Vergader maximaal 2-3 uur.
- Niet ieder agendapunt is even belangrijk voor iedere deelnemer. Als vuistregel moet minimaal twee derde van de agendapunten relevant zijn voor een deelnemer aan de vergadering. Als dat minder wordt, zakt de belangstelling weg en dat is niet goed voor de sfeer.
- Begin met enkele korte agendapunten om de vergadering op stoom te brengen. Daarna een zwaarder (discussie)punt dat meer tijd kost. Rond af met enkele korte punten.
- Plan de datum voor de volgende vergadering tijdens de bijeenkomst als iedereen aanwezig is. Het vinden van een datum gaat dan aanzienlijk sneller en makkelijker dan via internet/datumprikkers. Dat komt doordat mensen kunnen meedenken over alternatieven ('als we iets later starten, kan ik wel') en omdat iemand die aarzelt over een datum onder 'groepsdruk' vaak alsnog instemt.

- Geef een voorzet van belangrijke agendapunten voor de volgende vergadering. Dat zet het nadenken over die punten vast in gang.

Tips voor de voorzitter en secretaris

- Concentreer u op het vergaderproces en bemoei u zo min mogelijk met de inhoud.
- Houd het doel van de bijeenkomst voor ogen. Vraag u van tevoren af: wat moet ik bereiken om tevreden naar huis te gaan?
- Houd de tijd in de gaten. Alle punten moeten aan de orde komen.
- Als een discussie te moeilijk wordt: neem het onderwerp mee naar een volgende vergadering en vraag voor- en tegenstanders hun argumenten op papier te zetten.
- Zorg ervoor dat vooraf duidelijk is wie de notulen maakt. Zorg er ook voor dat het (concept)verslag uiterlijk een week na de vergadering klaar is (anders vergeten deelnemers wat er besproken is en gaan ze interpreteren).
- Vat na een discussie samen wat er is besproken en (vooraf!) besloten.
- Vermeld per agendapunt welke vervolgacties zijn afgesproken en wie dat gaat doen. Vermeld die punten en wie verantwoordelijk is aan het einde van het verslag onder elkaar.
- Zorg voor actieve participatie van alle aanwezigen. Geef iedereen een beurt: 'Kees, wat vind jij ervan?'
- Maak af en toe een opmerking die de aanwezigen bij de les houdt (een grap, een voorbeeld).

5.5 Populatiegericht samenwerken

'Populatiegerichte zorg' wordt vaak genoemd als mogelijkheid om de kwaliteit van de zorg te verhogen en tegelijk de kosten te verlagen. Kern is dat de zorg wordt georganiseerd op basis van de behoeften van een groep patiënten (populatie) die zich onderscheidt op basis van een ziekte, beperking of aandoening. Bekende voorbeelden zijn de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, COPD of cardiovasculaire aandoeningen. Populatiegerichte zorg kan preventief, langdurend of curatief zijn. Soms richt populatiegerichte zorg zich op groepen burgers/patiënten die zijn verbonden door demografische, sociale of geografische aspecten. Door goede samenwerking tussen zorgverleners, patiënten en hun omgeving kan gezondheidswinst worden gerealiseerd op het terrein van inhoudelijke kwaliteit, patiënttevredenheid en doelmatigheid van zorg. Inmiddels wordt geëxperimenteerd met het terugsluizen van gerealiseerde besparingen aan zorgaanbieders, verzekeraars én patiënten/burgers in de vorm van een aanvullende vergoeding op het inkomen en een premiereductie van de verzekering (*shared savings*). Deze vorm van bekostiging geeft zorgaanbieders en patiënten een prikkel om de zorg efficiënt te organiseren en mensen langer gezond te houden.

'In de toekomst wordt niet de zorg van zorgverleners afzonderlijk vergoed, maar datgene wat zij gezamenlijk tot stand brengen.' (uitspraak van een verzekeraar)

Als zorgverleners in de eerste lijn willen komen tot populatiegerichte samenwerking, moeten enkele stappen worden doorlopen.

- Onderzoek de zorgvraag tussen nu en tien jaar voor een gebied van 10.000-15.000 burgers.
- Bepaal de doelen van de beoogde samenwerking, gebaseerd op de uitkomsten van deze scan.
- Bepaal hoe de zorg het beste kan worden aangeboden: benodigde disciplines, verdeling van taken en functies, enzovoort.
- Train en ondersteun zorgverleners bij het interdisciplinair samenwerken.
- Bespreek met alle zorgverleners het nut van ondersteuning tijdens de verschillende stadia van samenwerking: voorbereiding, opzet en onderhoud van de samenwerking.
- Ga na welke hulp kan worden geboden door niet-professionele krachten zoals familie en burens. Denk aan ondersteuning (met name informatievoorziening) vanuit een patiëntenvereniging.

Om deze stappen goed te doorlopen, zijn uiteenlopende vaardigheden nodig op bestuurlijk, procesmatig en inhoudelijk vlak en omdat deze vaardigheden niet of nauwelijks zijn te combineren binnen één persoon, zal men regelmatig externe steun moeten inroepen. Alles overziend, is het bijna niet voor te stellen

dat populatiegerichte zorg en samenwerken vanuit een traditionele huisartsenpraktijk kunnen worden geleverd. Meestal gebeurt dit dan ook vanuit daartoe geoutilleerde gezondheidscentra. Begin 2012 hebben Actiz, KNGF, KNMP, KNOV, LVE, LHV, NMT en V&VN in het *Pact van Garderen* een gemeenschappelijke ambitie geformuleerd voor de eerste lijn.

Hieronder staan de belangrijke uitgangspunten

- De zorg is afgestemd op de wensen van populaties patiënten/cliënten met bijvoorbeeld diabetes, COPD, CVRM, dementie, hartfalen, depressie, artrose of op de nazorg van patiënten op de afdeling Oncologie.
- Demografische, sociale en geografische aspecten vormen onderscheidende kenmerken van de zorg.
- De zorg stelt zichzelf hoge standaarden, maakt die openbaar en houdt zich daaraan.
- Het cliëntenperspectief (tevredenheid, uitwisseling van informatie) staat centraal.
- Het is voor de patiënt/cliënt duidelijk wie welke zorg levert.
- Dubbele zorg wordt voorkomen.
- Met duidelijke takenpakketten en taakherschikking wordt de toenemende zorgvraag opgevangen.
- Zorg wordt georganiseerd dicht bij de patiënt.
- De patiënt en zijn omgeving worden geholpen met het realiseren van zelfzorg.
- Zorgverleners stemmen onderling af en rapporteren hun aandeel in de zorg aan elkaar.

5.6 Samenwerking huisarts – specialist

Samenwerking tussen huisarts en medisch specialist gebeurt gewoonlijk in de vorm van het over en weer verwijzen van patiënten, soms voorafgegaan door een consultatief overleg. Steeds vaker ontplooiën huisartsen en medisch specialisten initiatieven gericht op ketenzorg voor veelvoorkomende aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD of cardiovasculair risicomanagement. Daarbij wordt gestreefd naar heldere werkafspraken over de onderlinge samenwerking waarin vastgelegd wordt onder welke omstandigheden en condities (terug)verwijzing plaatsvindt. Er worden ook afspraken gemaakt over:

- het aanvragen van aanvullend onderzoek;
- het interpreteren van uitslagen;
- wel of niet doorverwijzen;
- de controles na ziekenhuisopname.

Deze samenwerking op basis van werkafspraken wordt gesteund door nagenoeg alle partijen in de gezondheidszorg: patiëntenorganisaties, verzekeraars, overheden, ziekenhuizen, LHV en NHG.

Ook voor optimale samenwerking tussen huisartsen en specialisten is het nodig dat beide partijen zich verdiepen in de denkwijze van de ander. Ook hier geldt dat de samenwerking wordt bevorderd door met elkaar in overleg te gaan en daarbij vragen te stellen als:

- Wat is goede zorg voor onze patiënten?
- Wat vindt en wil de patiënt zelf?

Daarbij komen vanzelf relevante onderwerpen naar boven, zoals afstemmen van diagnostiek, integrale zorg en continuïteit van zorg. Geavanceerde ICT-applicaties (EPD en PGD) kunnen de afspraken ondersteunen door digitale uitwisseling van gegevens en adviezen.

Om de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te stimuleren, is het noodzakelijk dat op termijn een vorm van financiering wordt gehanteerd waarbinnen budgetten voor de eerste en tweede lijn worden samengevoegd. In zo'n systeem worden volumeprikkels in de tweede lijn weggenomen en worden huisartsen, medisch specialisten en andere zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk voor het verzorgen van hoogwaardige zorg tegen aanvaardbare kosten. Daarmee wordt het mogelijk echt in te spelen op de behoeften en wensen van patiënten. Op de juiste plaats wordt goede zorg geleverd, dicht bij eigen huis als het kan, verder weg als het moet.

6 Sturen op emoties ter bevordering van samenwerking

Hierna beschrijven wij onze aanpak om groepen artsen goed te laten samenwerken. De nadruk ligt op het kanaliseren en verminderen van emoties. Door aandacht te besteden aan elkaar tegenwerkende emoties, komen partijen vaker en sneller tot een oplossing.

Voor een soepele samenwerking is het van belang dat betrokkenen inzicht krijgen in de psychologische mechanismen die samenwerking hinderen of bevorderen. Het gaat dan om de zogenoemde 'onderstroom' en 'bovenstroom', de wijze van communiceren en de invloed van emoties op samenwerken. Op deze zaken gaan we hierna in.

6.1 Boven- en onderstroom

De 'onderstroom' betreft het gebied van de emoties. Deze komen tot uiting in de communicatie. Met name de non-verbale communicatie is daarbij belangrijk. Zij valt 'te lezen' in non-verbale communicatie zoals mimiek, intonatie en lichaamshouding. In de onderstroom wordt ook de relatie gedefinieerd. Het is verstandig als deelnemers eerst hun intenties uitspreken (bijvoorbeeld om samen tot een oplossing te komen). Pas als de emoties de juiste kant uit wijzen, kan overgestapt worden naar de bovenstroom.

De 'bovenstroom' betreft het feitelijke probleem en concrete zaken. In deze stroom kan gebruik worden gemaakt van het probleemoplossende vermogen en efficiënt gedrag van de deelnemers om de inhoud van een probleem te bepalen en tot een oplossing te komen.

Als betrokkenen de samenhang en het verschil tussen onder- en bovenstroom begrijpen, wordt het mogelijk bij het aanpakken van samenwerkingsproblemen aan te geven of deze worden veroorzaakt doordat iemand op een andere stroom zit dan de rest van de groep. Ook kan sneller worden gesignaleerd of een groep terugvalt op de onderstroom (emoties) waarna er makkelijker kan worden teruggeschakeld naar de bovenstroom.

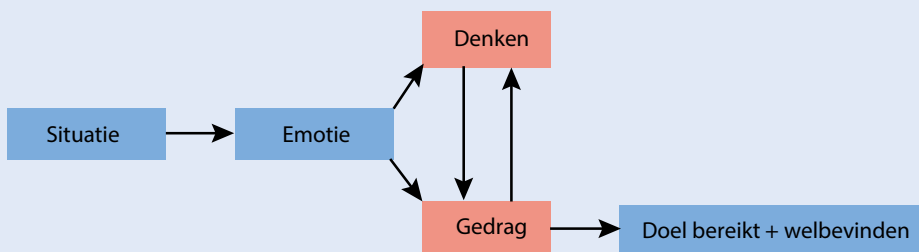
Stel eens de vraag: 'Wat moeten we bereiken om u tot een tevreden mens te maken?'

6.2 De functie van emoties en reduceren van weerstand

De emotieleer, waarvan Frijda de grondlegger is, is gestoeld op uitgebreid empirisch en hersenfysiologisch onderzoek. Zij stelt dat emoties een duidelijk functie en doel hebben. Elk gedrag komt immers voort uit een emotie. Door uitleg te geven over de functie van emoties zakt de weerstand die er vaak is om over emoties te praten, deels weg. Doordat men tijdens de uitleg vaak nadenkt over de eigen emoties die in de zaak spelen, worden emoties al iets gestructureerd zonder dat er daadwerkelijk wordt ingegaan op de emoties waar het om gaat. Het motiveert mensen ook om zich minder negatief op te stellen tegenover emoties van anderen en te begrijpen waarom ze belemmerend kunnen werken bij het vinden van oplossingen. Ook wordt duidelijk dat het niet verstandig is om emoties te bagatelliseren.

De kern van de theorie is als volgt (zie figuur 12.3) in beeld te brengen.

Figuur 12.3 Emotieleer van professor N. Frijda



Er gebeurt iets en daardoor ervaren wij een emotie. De emotie zet aan tot denken en tot gedrag waarmee we ons doel proberen te bereiken. Als dat lukt en men voelt zich daar goed bij, dan is het een goede oplossing. Voelt men zich er niet goed bij, dan klopt de oplossing niet en moet er verder worden overlegd. We onderscheiden vier basise moties: angst, boosheid, verdriet en blijheid. Deze basise moties kunnen we in verschillende gradaties (van licht tot hevig) voelen. Door gevoelens te ontleden naar deze emoties wordt helder waar mensen mee zitten. Zo hangt 'onzekerheid' samen met 'angst' en 'irritatie' met 'boosheid'. Emoties geven informatie die kan helpen bij het samenwerken. Het zegt iets over de onderstroom en geeft de mogelijkheid de stroom te veranderen. Bewustzijn van de emoties die spelen in een samenwerking is essentieel voor het inschatten van de mogelijkheden om problemen op te lossen. Door emoties te ontkennen, raakt men verder van het doel af.

6.3 Wat zijn emoties en hoe komen ze tot stand?

Simpel gezegd reguleert onze hersenstam de vitale functies zoals circulatie en ademhaling. De cortex is verantwoordelijk voor denken, probleemoplossend handelen en creativiteit. De cortex hebben we nodig voor rationeel probleemoplossend gedrag in de bovenstroom.

Tussen hersenstam en cortex bevindt zich het limbisch systeem dat ons waarschuwt bij gevaar, onze emoties regelt en geautomatiseerd gedrag aanstuurt. Het reageert vaak vanuit wat in het verleden geleerd is en komt in beeld bij de onderstroom.

De psychologie toonde aan dat gedrag grotendeels wordt bepaald door de emoties die een persoon ervaart. Het lastige daarbij is dat mensen nogal eens emoties hebben die niets met de specifieke situatie te maken hebben. De oorzaak hiervan ligt in vervelende of traumatische ervaringen uit het verleden die zijn opgeslagen in het limbisch systeem. Dit heeft te maken met overleven en het vermogen te leren van wat men meemaakt. Hoe sterker de emotie, hoe 'limbischer' iemand is.

Wanneer deze theorie wordt uitgelegd, krijgen partijen inzicht in de eigen emoties in een specifieke situatie. Door de onderstroom zichtbaar te maken, komen mensen erachter dat wat ze voelen soms niets met een specifieke situatie te maken heeft. Als dat inzicht doorbreekt, gaat de onderstroom de goede kant op.

Als de emotie te hoog oploopt, kan een persoon niet goed meer luisteren naar argumenten. Proberen de betrokkene te overtuigen met argumenten is dan niet zinvol. Eerst moet de emotie weer dalen. Dat kan door er serieus op in te gaan door eerst de emotie te erkennen ('Ik zie dat je heel boos bent!') en die daarna te laten uiten ('Kun je uitleggen wat je zo heeft geraakt?'). Als dat gebeurt, staat betrokkene weer open voor argumenten en kan verder worden gesproken op de bovenstroom. Soms lopen dan de emoties weer op en moet je de eerdergenoemde interventies herhalen. Dit noemen we ook wel 'dansen met emoties'.

Bij onderstroominterventies gelden de volgende regels.

- Bij het uiten van de emoties mag niemand de spreker in de rede vallen.
- Men mag daarna alleen maar reflecteren op de geuite emotie.

Grondwet: een geuite emotie is een zakkende emotie.

6.4 Interventies op de onderstroom

Het is verstandig betrokkenen te vragen om erover na te denken welke emoties zij hebben en of die belemmerend kunnen zijn voor de oplossing van het probleem. Vervolgens maakt de groep een afspraak over de tijd die besteed wordt aan de benoemde emoties. Te weinig tijd is niet goed, maar te veel tijd eraan besteden is helemaal niet goed.

Wij hanteren hierbij de 20%-regel. We gebruiken 20% van de tijd voor het in beeld brengen van de onderstroom en (daarna) de overige 80% voor het oplossen van de problemen in de bovenstroom. Tijdsbewaking is hierbij belangrijk. Wanneer je dat niet doet, lijkt er soms geen einde aan te komen. Gaat het te lang duren, dan moet de voorzitter of begeleider concluderen dat er op dat moment geen oplossing mogelijk is, omdat de onderstroom niet gekeerd kan worden. In zo'n geval kan een time-out van enkele dagen of weken helpen. Dat leidt soms tot nieuwe inzichten en oplossingsrichtingen. In de volgende bijeenkomst kan dan worden gestart met het (opnieuw) bespreken van de onderstroom. Komen we er dan nog niet uit, dan kan beter op een zo goed mogelijke wijze met de samenwerking worden gestopt.

6.5 De rol en werkwijze van de begeleider

De rol van de begeleider in de onderstroom is behoorlijk actief. Hij verricht interventies met als doel het inzicht in blokkades te vergroten en de perceptie van de betrokkenen helder te maken. Het doel is deelnemers te helpen bij het schakelen tussen het limbisch systeem (emotie) en de cortex (probleemoplossend). De begeleider signaleert daartoe ook hoe het oorspronkelijke systeem binnen de groep werkt en welke emoties daarbij horen. Hij helpt mensen in contact te komen met de eigen emoties. Timing is belangrijk en het mag ook niet te zwaar worden. Goedgerichte humor kan helpen.

Door deze interventies leren mensen hoe zij zelf aan emotiemanagement kunnen doen. Ons centrale thema is daarbij: 'zorgvuldig op de relatie en duidelijk op de inhoud'. We leren betrokkenen hun emoties tegen de anderen te uiten en tegelijkertijd zorgvuldig te zijn op de relatie. De communicatie wordt daardoor meer open. Ook worden mensen introspectief waardoor ze beter hun eigen rol kunnen zien. Als dat gebeurt, gaat de onderstroom de goede kant op. De groep kan nu zelf makkelijker 'op de cortex bewegen', over belangen praten en creatief naar oplossingen zoeken.

De begeleider kan nu minder zichtbaar worden. Als het limbisch systeem bij iemand opspeelt, is het zaak snel een interventie te doen. Daarna kan de groep weer op de bovenstroom doorgaan. Een belangrijk risico is nog dat als het een groep gelukt is in de bovenstroom te komen en iedereen blij is, men te snel doorgaat naar de oplossing.

Zo blijft het altijd belangrijk de vinger aan de pols te houden en de emoties te kanaliseren. Zelfs positieve emoties moeten soms gereduceerd worden.

Al met al een boeiend en belonend proces voor iedereen.

Literatuur

- 1 Dijkers D, Nijland A, in 't Veld K. Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde. Amsterdam: Reed Business Education; 2011.
- 2 Duchateau D, Schmidt F. Werkdruk huisartsen riskant hoog. Med Contact 2012;67:2446-8.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg. De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg; 2009.
- 4 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. Den Haag: RVZ; 2011.
- 5 Schmit Jongbloed L. Genoeg tijd voor patiënten. Samenwerking in huisartsenzorg. Med Contact 1999;54:1006-7.
- 6 Schmit Jongbloed L, Smits G. Verstoorde samenwerking. Externe steun helpt escalatie voorkomen. Med Contact 2004;59:1273-5.
- 7 Visser J. Visionair perspectief voor de eerste lijn. Med Contact 2012;46:2581-3.
- 8 Wallenberg I. The modern doctor. Unravelling the practices of residency training reform. [proefschrift]. Amsterdam: VUmc; 2012.
- 9 Witman Y. De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus. Assen: Van Gorcum; 2007.

Aanbevolen literatuur

Frijda NH. De wetten der emoties. Amsterdam: Bert Bakker; 2008.