

Door zijn centrale en integrale rol binnen de gezondheidszorg moet de huisarts de uitoefening van zijn taak afstemmen op een groot aantal specialisten. Zo heeft iedere huisarts zijn 'adresboekje'. Tijdens de praktijkjaren bouwen we contacten op met specialisten waarmee we op dezelfde golflengte zitten op het vlak van patiëntenzorg. Dat zijn bij voorkeur specialisten die informatie geven, voldoende inlichtingen geven over een patiënt, de patiënt terugverwijzen voor een gezamenlijke begeleiding en beschikbaar zijn voor telefonisch advies. Wanneer de patiënt rechtstreeks bij de specialist aanklopt, zal het van de specialist in kwestie afhangen of hij contact zal nemen met de huisarts, afhankelijk van wat hij al of niet nuttig vindt en van het belang dat hij toekent aan de huisartsgeneeskunde. Door de financieringswijze, de afwezigheid van echelonnering en van een duidelijke taakverdeling, zet ons gezondheidszorgsysteem niet aan tot samenwerking, maar leidt het eerder tot concurrentie tussen de verschillende actoren, zonder hierbij voorrang te geven aan de eerstelijnszorg. Hoe kunnen we samenwerkingsvormen mogelijk maken die geïntegreerd zijn in de dagelijkse praktijk en aangepast zijn aan elke individuele patiënt zonder af te hangen van het initiatief en de goede wil van de verschillende actoren?

In de *Annals of Internal Medicine* verscheen recent een systematisch literatuuroverzicht over het effect van 'interactieve communicatie' tussen specialisten en huisartsen op de patiënt¹. Deze interactieve communicatie gebeurde op verschillende manieren: face to face, gemeenschappelijke raadpleging, videoconferentie, telefonisch contact, uitwisseling van brieven, delen van elektronische gegevens, ... De resultaten waren verrassend positief. Een dergelijke communicatie tussen diabetologen en huisartsen had een positief effect op de HbA1c-waarde bij de patiënt. Communicatie tussen huisartsen en psychiaters had een gunstig effect op de scores voor depressie. Dat effect was soms groter dan het effect van antidepressiva.

Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg, zorgtrajecten voor patiënten met diabetes en nierinsufficiëntie, lokale multidisciplinaire netwerken zijn evenzeer pogingen om te komen tot een betere coördinatie tussen de actoren op het vlak van gezondheidszorg en dus ook tussen huisartsen en specialisten. Deze initiatieven, de ene meer succesvol en de andere meer omstreden, verlenen de huisarts een centrale rol bij de langetermijnbegeleiding van de patiënt.

Coördinatie van activiteiten is een hele stap voorwaarts, maar blijkbaar vergeet men bij de huidige organisatie ervan één essentieel element, namelijk de dialoog tussen de partners. Meer dan zich louter op elkaar af te stemmen is het belangrijker om samen te werken rond dezelfde patiënt.

Het kwalitatieve verschil tussen twee manieren om zich op elkaar af te stemmen kan men omschrijven als het onderscheid tussen 'organisatorische coördinatie' en 'relationele coördinatie'². De meeste maatregelen in België hebben betrekking op organisatorische coördinatie, een formeel mechanisme dat de kwaliteit en de efficiëntie van de interacties tussen de partners moet verbeteren. Relationele coördinatie slaat meer op de interactie op het individuele niveau tussen partners die geacht worden samen te werken. Deze vorm van coördinatie omvat vier dimensies van communicatie: herhaaldelijk, op het juiste ogenblik, nauwkeurig en probleemoplossend. Daarnaast zijn er nog drie relationele dimensies: delen van kennis, gemeenschappelijke doelstellingen en wederzijds respect.

Huisartsenkringen zijn een mooi voorbeeld van samenwerking tussen huisartsen. Ze leiden tot nieuwe samenwerkingsvormen en projecten. Ze zouden het ankerpunt kunnen vormen voor de organisatie van de dialoog met referentieziekenhuizen. Sommige kringen namen hiervoor reeds initiatief.

Pilootprojecten (in de vorm van actie-onderzoek) maken het mogelijk om samenwerkingsvoorwaarden te ontwikkelen vertrekkende vanuit een bepaalde context en vanuit de actoren ter plaatse. Uit sommige projecten kunnen we lessen trekken, waardoor deze initiatieven ook op andere plaatsen toepasbaar zijn. De SYLOS-projecten ontwikkeld in Antwerpen, Brussel en Malmedy hebben aangetoond dat regelmatig samenkomen om praktijkgevallen te bespreken (o.a. gezamenlijke beslissingen door internisten en huisartsen) tot positieve resultaten kan leiden³. Kunnen dergelijke projecten ook ontwikkeld worden op initiatief van de huisartsenkringen mits een gepaste financiering? Zou dat, naar aanleiding van de verklaring van de Europese Ministerconferentie in verband met geestelijke gezondheidszorg⁴, bijvoorbeeld realiseerbaar zijn met een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de zogenaamde 'bocht naar de ambulante verzorging' van psychiatrische problemen? Een kans om de rol van de eerstelijns te herwaarderen...

Wederzijds respect tonen, ieders vaardigheden erkennen, taken en functies verdelen, en dat samen, in dialoog en in functie van de lokale noden. En nog beter: in samenwerking met de patiënt zelf en alle andere betrokken partners in de gezondheidszorg. Dat kan!

1. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med* 2010;152:247-58.
2. Longest BB, Young CJ. Coordination and communication. In: Shortell M, Kaluzny AD, eds. *Health Care Management: Organizations Design and Behavior*. 4th ed. Albany, NY: DelmarThomson Learning;1999:210-43.

3. Unger JP. Les systèmes locaux de santé (SYLOS), une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes. *Santé Conjuguée* n° 30, oct 2004, p. 29-32.
4. OMS. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, Helsinki, 2005.