

Het home-team*

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Uit de benaming van ons beroep, huisarts, volgt, dat het huis bij de uitoefening van onze functie een belangrijke rol vervult. Men zou hierbij kunnen denken aan het huis van de arts zelf. De huisarts werkt immers niet vanuit polikliniek, ziekenhuis of andere instelling, maar vanuit zijn particuliere woning. Daar ontvangt hij zijn patiënten en dit drukt ongetwijfeld een stempel op zijn werk en op de opvatting, welke de bevolking over hem heeft. De woning en ook het gezin van de huisarts zijn zeker van belang voor de sociale rol, welke de huisarts vervult. Zowel woning als gezin zijn aan zijn patiënten bekend en hebben zelfs invloed bij het kiezen van een huisarts. Hierover zou een belangwekkende sociologische studie zijn te schrijven. Toch zal dit waarschijnlijk niet de reden zijn waarom wij huisarts worden genoemd. Het ligt meer voor de hand te veronderstellen, dat hierbij voornamelijk wordt gedacht aan de medische zorg voor zieken, die thuis worden verpleegd. Dit is toch immers het gangbare begrip van het werkterrein van de huisarts.

Voor de zieken, die thuis verpleging en behandeling behoeven, zullen tegenwoordig dikwijls verscheidene personen moeten worden ingeschakeld. Het belang van de patiënten maakt het gewenst, dat de huisarts met deze anderen samenwerkt en de gemeenschappelijke zorgen in de goede richting tracht te leiden. Op de conferentie van Woudschoten werd dan ook als een van de deeltaken van de huisarts genoemd „integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband”.

Uitgaande van deze gedachten zouden wij ons, bij het streven naar een verbetering van de zorg voor onze patiënten, kunnen afvragen, hoe wij het „thuisfront” zouden kunnen versterken. Men zou daarbij kunnen denken aan de bewuste opbouw van een „home-team”.

Wie zouden voor een dergelijk team in aanmerking komen? Dit zal geheel afhangen van de aard van de ziekte of stoornis van de patiënt. De gedachten gaan het eerst uit naar de verpleegster, met name naar de wijkverpleegster, in andere gevallen naar de kraamverpleegster, particuliere verpleegster, kraamverzorgster, eventueel de districtsverpleegster van een bepaalde tak van dienst, de vroedvrouw, enzovoort. Het is zonder meer duidelijk dat

het bijzonder gewenst is, nauw met hen samen te werken.

Ditzelfde kan worden gezegd van de heilgymnast-masseur-fysiotherapeut. Herhaaldelijk gelukt het om een invalide patiënt op deze wijze thuis te revalideren. Dit ligt erg voor de hand bij patiënten met lichamelijke gebreken, maar het is mij gebleken, dat het in sommige gevallen mogelijk is in samenwerking met de fysiotherapeut en de wijkverpleegster ook patiënten met psychogene invaliditeit aan het werk te krijgen, terwijl ik alleen of de specialist in het ziekenhuis daarin niet slaagde. Het is daarvoor echter wel noodzakelijk geregeld samen te overleggen en een bepaald plan op te stellen, gericht op de reactivering en het geleidelijk zelfstandig maken van de patiënt. Ook de huisgenoten zullen hierbij moeten worden ingeschakeld. Herhaaldelijk zullen dergelijke patiënten moeten worden beschermd tegen de goed bedoelde bemoeienissen van hun huisgenoten, die hen in een afhankelijke positie fixeren.

Het is duidelijk dat het gewenst is, dat de huisarts ook zo nauw mogelijk samenwerkt met alle anderen, die hun zorgen tot zijn patiënten uitstrekken. Wanneer men echter in dit verband van een „home-team” zou willen spreken, wordt het woord „team” misschien wat lichtvaardig gebruikt. Incidentele samenwerking betekent nog geen teamvorming. Hiervoor is nodig dat de leden geregeld bijeenkomen en hun standpunt als min of meer gelijkwaardig kunnen inbrengen. Bij de zorg voor patiënten, die thuis worden verpleegd, speelt de huisarts de hoofdrol. Hij geeft aan wat er moet gebeuren en hoe dit moet worden uitgevoerd. Hij is degene die daarbij de verantwoordelijkheid draagt. Strikt genomen is hij dus niet zozeer leider van een team, maar eerder opdrachtgever, onder wiens supervisie wijkverpleegster, fysiotherapeut en anderen thuis werken.

* * *

Wanneer ik hier over het „home-team” spreek bedoel ik dan ook iets anders. Het is langzamerhand een gemeenplaats geworden dat de huisarts gezinsarts is. Het gezegde is daarom echter niet minder waar. Dit is inderdaad een wezenlijk verschil met het gezichtspunt van andere artsen. De huisarts ziet zijn patiënt niet als enkeling, maar als lid van de kleinste, maar nog steeds belangrijkste groep van de samenleving, het gezin.

Iedere huisarts heeft in zijn praktijk te maken met een vrij groot aantal gezinnen, die in verschillende fasen verkeren. Er is een aantal typen te

* Naar een voordracht, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.

onderscheiden, waarvoor de gezins-sociologie een indeling heeft opgesteld. Afgezien van deze sociologische indeling zou men als huisarts ook in medische termen over deze gezinnen kunnen spreken als gezonde, zieke en gestoorde gezinnen, bedreigde, sterke, zwakke en in nood verkerende gezinnen. De huisarts is niet de enige, die zich met deze gezinnen bemoeit. De hulpbehoevende gezinnen wenden zich dikwijls tot anderen. Zo wordt er vaak van verschillende kanten aan deze gezinnen „gedokterd”, helaas echter meestal zonder onderling overleg en dikwijls zelfs zonder dat men dit van elkaar weet of het voldoende beseft. Herhaaldelijk leidt dit tot grote moeilijkheden, daar men soms onwillekeurig niet alleen langs elkaar, maar tegen elkaar in werkt of tegen elkaar wordt uitgespeeld. Het lijkt mij duidelijk dat een dergelijke gang van zaken het belang van de betrokken gezinnen niet dient. Hier ligt een terrein, waarop samenwerking bijzonder goede vruchten zou kunnen afwerpen. In dit verband zou ik over een „home-team” willen spreken.

De ideeën, die hierover zullen worden ontwikkeld, zijn geboren uit mijn praktijkervaringen als lid van een parochieel sociaal-charitatief centrum op een dorp. Dit centrum poogt personen en instellingen, die in de parochie op sociaal-charitatief gebied werkzaam zijn, te bundelen. Een van de leden is president van de Vincentius-vereniging, maar in het dagelijks leven onderwijzer. Daar hij deze laatste functie reeds tientallen jaren in het dorp vervult, kent hij de meeste gezinnen van haver tot gort. Deze kennis is dikwijls bijzonder nuttig voor de andere leden van het centrum.

Zo vertelde bijvoorbeeld bij een bespreking van de problemen van een bepaald gezin iemand en passant, dat de vader van dit gezin debiel en analfabeet was. De onderwijzer had deze man echter zelf als jongen op school gehad en was hogelijk verbaasd, daar hij hem wel degelijk lezen en schrijven had geleerd. Het bleek nu dat de echtgenote er blijkbaar behoefte aan had haar man als veel dommer en hulpbehoevender voor te stellen dan hij in werkelijkheid was. Deze ontdekking wierp een heel ander licht op de houding van deze echtgenote in verband met de opvoedingsproblemen van haar kinderen, die aanleiding hadden gegeven tot de bespreking.

Een ander lid van het centrum is armenmeester, maar in het dagelijks leven adjunct-directeur van een ziekenfonds, terwijl hij tevens sociologie heeft gestudeerd. Zijn kennis en ervaring in deze verschillende kwaliteiten komen het centrum bijzonder te stade. De lezer zal zich misschien afvragen waarom deze bijkomstigheden hier worden vermeld. Ik doe dit echter met opzet, omdat ik veel heb geleerd van deze mensen, waardoor ik op mijn gezinnen een betere visie heb gekregen, welke mij in staat stelt hen beter te helpen. Het lijkt mij dat andere huisartsen in hun woonplaats eveneens personen zullen kunnen ontmoeten, van wie zij bij samenwerking veel zouden kunnen leren.

Behalve door de genoemde personen wordt aan deze besprekingen deelgenomen door de geestelijke, de maatschappelijk werkster, de wijkverpleegster en de huisarts. Ons centrum kwam aanvankelijk alleen bijeen, wanneer er bijzondere problemen wa-

ren te bespreken. In het begin betrof dit algemene onderwerpen als gezinszorg, bejaardenzorg en jeugdzorg in het dorp. Deze bijeenkomsten bleken nuttig te zijn, er kwam telkens meer ter sprake. Daarbij werden problemen van bepaalde gezinnen naar voren gebracht. De bijeenkomsten begonnen een geregelde vorm aan te nemen, toen hiervoor een vaste avond in de maand werd gereserveerd. Aanvankelijk werd het besprokene niet vastgelegd, later werd er door mijn praktijkassistente genotuleerd, hetgeen een nuttig houvast bleek te geven. Dit is in het kort de geschiedenis en de achtergrond van de ervaringen van waaruit ik spreek.

Het is mij in de loop der jaren duidelijk geworden, dat er in mijn gezinnen veel maatschappelijke problemen leefden, die mij geheel onbekend waren. Wij denken als huisarts zo gauw en zo gemakkelijk dat we onze patiënten en onze gezinnen door en door kennen. Het is dan een pijnlijke verrassing, wanneer we tot de ontdekking komen, dat ons belangrijke zaken zijn ontgaan, die wel aan anderen bekend zijn. Het gaf mij dan ook een schok toen ik hoorde van verschillende gevallen van alcoholisme onder mijn patiënten, waarvan iedereen wist behalve ikzelf. Hetzelfde geldt voor ernstige financiële zorgen en andere belangrijke problemen, die aan mijn aandacht waren ontgaan. Het bleek mij dat ik blind was geweest voor heel wat maatschappelijke problematiek, waarvan het me achteraf duidelijk werd, dat deze dikwijls met ernstige medische repercussies in de betrokken gezinnen gepaard was gegaan. Dit alles heeft mij gesterkt in de overtuiging, dat het bijzonder nuttig is met anderen in de zorg voor onze gezinnen samen te werken, en heeft er toe bijgedragen, dat het idee van het „home-team” werd geboren.

Als taak van een dergelijk team zou ik niet zozeer de zorg voor de individuele patiënt, maar liever die voor het „home”, het gezin, op de voorgrond willen stellen. Het gaat daarbij niet alleen om het in nood verkerende en hulpbehoevende gezin, maar ook om het zieke, gestoorde, zwakke en bedreigde gezin.

Uitgaande van medisch standpunt zijn mijns inziens de kernfiguren voor een dergelijk „home-team” of gezins-team: de huisarts, de wijkverpleegster, de algemeen maatschappelijk werkende die het dichtst bij het gezin staat en de geestelijke verzorger. Deze zijn alle vier als niet gespecialiseerde voorposten op hun terrein werkzaam en hebben alle vier in hun werk veel met gezinnen te maken. Daar zij meestal vele jaren in hetzelfde gebied werkzaam zijn, kennen zij de gezinnen, die aan hun zorgen zijn toevertrouwd, over het algemeen goed. Alle vier kunnen zij een beroep doen op gespecialiseerde krachten in hun achterhoede, wanneer dit nodig is. De huisarts op medische specialisten, de wijkverpleegster op districtsverpleegsters van verschillende takken van dienst en op specifieke consultatiebureaus, de maatschappelijk werkende op haar gespecialiseerde collegae van Medisch Opvoedkundige Bureaus, alcoholistenbureaus, bedrijfsmaatschappelijke diensten en dergelijke en de geestelijke op de

geestelijke verzorgers van leger, jeugdwerk, huwelijksbureaus, enzovoort.

Afhankelijk van de problemen en behoeften van het gezin, waaromheen het „home-team” zich vormt, kan de samenstelling worden gewijzigd of aangevuld. Waar zulks mogelijk is lijkt mij echter de vorming van een vaste kern van de genoemde vier zeer aanbevelenswaardig, omdat dit hen in staat stelt op elkaar ingespeeld te raken. Een dergelijk team kan zich van tijd tot tijd laten voorlichten door andere instanties. Zo had mijn team leerrijke en nuttige contacten met een alcoholistenbureau, woningbouwverenigingen, huisvestingscommissies, met een stichting bejaardenzorg, met land- en tuinbouwconsulenten, enzovoort. Dit ligt op een dorp uiteraard allemaal veel gemakkelijker dan in een stad, omdat de kernfiguren van het „home-team” op een dorp voor het merendeel der gezinnen steeds dezelfde personen zijn. Het komt mij echter voor dat de winst, die kan worden geboekt door een bundeling van krachten bij het dienen van de belangen van hulpbehoevende gezinnen, zo groot is, dat het de moeite waard is ook in grote plaatsen te zoeken naar vormen van systematische samenwerking. Ik zie deze winst als vijfvoudig:

1 Door een „pooling” van informatie kunnen de leden een veel vollediger overzicht krijgen van de moeilijkheden en mogelijkheden voor een gezin. De informatie, die kan worden ingebracht, berust niet alleen op eigen gegevens, maar ook op die, verkregen van de gespecialiseerde krachten, waarmee de leden ieder op hun terrein in verbinding staan.

2 Een gezamenlijke evaluatie van de toestand zal tot een dieper inzicht en zo in een aantal gevallen ook tot een betere (gezins)diagnose leiden, dan voor de individuele leden afzonderlijk bereikbaar was. Wanneer er een werkelijke teamgeest groeit, is er ook een mogelijkheid om tot een bovenpersoonlijk standpunt te komen.

3 Na een evaluatie van de toestand kan men een gezamenlijk plan van actie opstellen. De leden kunnen elkaar ondersteunen bij de uitvoering van dit plan.

4 Gezamenlijk pratend en werkend kunnen de leden leren van elkaars wijze van denken en benaderen van de gezinsproblemen. Dit kan bijvoorbeeld voor de medicus tot gevolg hebben dat hij de problemen van andere gezinnen dan de besprokene onwillekeurig ook veelzijdiger zal beschouwen. Zijn blinde vlekken kunnen kleiner worden.

5 De vier kernfiguren van het „home-team” werken als voorposten op hun terrein allen betrekkelijk geïsoleerd van hun vakgenoten. Zij kunnen zich daardoor soms eenzaam en machteloos voelen tegenover de grote noden waarmee zij in aanraking komen. Een aansluiting bij hun natuurlijke bondgenoten in de zorg voor gezinnen zal maken, dat zij zich minder geïsoleerd en hulpeloos voelen.

Het hier gestelde zal sommigen misschien wat overdreven in de oren klinken. Zoals gezegd heb ik echter zelf ervaren dat er belangrijke winst valt te behalen bij systematische samenwerking met anderen in de zorg voor de aan mij als huisarts toevertrouwde gezinnen. Het zou echter niet van werkelijkheidszin getuigen, wanneer ik verheelde dat er zich daarbij ook moeilijkheden voordoen. Ik zal daarom trachten de belangrijkste hiervan eveneens aan de hand van een vijftal punten op te sommen.

1 *De tijd.* Wil er inderdaad sprake zijn van teamvorming dan moet men geregeld samen om de tafel gaan zitten en met elkaar overleggen. Dit kost ongetwijfeld tijd, die voor de huisarts toch al zo kostbaar is. Het komt mij echter voor dat deze tijd voor hem goed geïnvesteerd kan zijn. Het betreft hier meestal gezinnen die hem vaak roepen, dikwijls eigenlijk uit andere dan zuiver medische motieven, wat de huisarts juist kan irriteren, wanneer hij het bemerkt. Het is heel goed mogelijk dat de geïnvesteerde tijd in de toekomst met rente wordt terugbetaald wanneer er inderdaad oplossingen voor de onderliggende problemen kunnen worden gevonden. In elk geval zal zijn irritatie verminderen wanneer hij zich bewust wordt dat er wel degelijk ernstige problemen liggen, al zijn deze niet van medische aard. Dergelijke besprekingen zijn bovendien slechts nodig voor een klein aantal der gezinnen, die tot zijn praktijk behoren. Zoals gezegd zullen besprekingen van slechts enkele gezinnen ook hun nut voor zijn werk in andere gezinnen kunnen afwerpen.

2 *Het beroepsgeheim.* Hierover werd ik aangevallen in de discussie na mijn voordracht in de Nijmeegse cursus over „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte”. In (1961) *Medisch Contact* 30, 494 ben ik hierop teruggekomen, waarnaar ik lezers met bijzondere belangstelling zou willen verwijzen. In het kort komt hetgeen ik zou willen zeggen, op het volgende neer. Men dient onderscheid te maken tussen datgene wat alleen de medicus bekend is, datgene wat de patiënt ook aan anderen heeft geopenbaard en datgene wat publiek bekend kan worden geacht. Wat het laatste betreft bestaat er mijns inziens nauwelijks een probleem. Wat het eerste betreft zal de arts hierover alleen mogen spreken met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Wanneer een van de andere leden van het „home-team” echter iets ter sprake brengt, wat de patiënt aan hem of haar heeft geopenbaard, mag de arts hierover mijns inziens meepraten, voorzover het in discussie is gebracht. Ieder moet voor zichzelf uitmaken of hij gerechtigd is te spreken over hetgeen hij in het midden zou willen brengen; dikwijls zal hij daarvoor de toestemming van de patiënt moeten vragen.

De ervaring heeft mij geleerd dat de moeilijkheden in theorie veel groter zijn dan in de praktijk. In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiekelijk bekende situaties — al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.

Bovendien werd op de betrokken teamleden door het gezin zelf een beroep gedaan. Tenslotte is het niet alleen de medicus die een beroepsgeheim heeft. De genoemde andere functionarissen kennen ook een beroepsgeheim en houden dientengevolge vanzelfsprekend rekening met dat van de arts.

3 *De status.* Er is weinig statusverschil tussen arts en geestelijke, wat maatschappelijk en wetenschappelijk niveau betreft; evenmin tussen wijkverpleegster en maatschappelijk werkende. De beide laatste verschillen echter wel in niveau van de eersten. Het is gewenst zich er rekenschap van te geven dat dit moeilijkheden kan geven. Er is tijd nodig om aan elkaar te wennen; medicus en geestelijke dienen niet op hun troon te blijven zitten. Hun wetenschappelijke kennis van gezinnen is niet groter dan die van de verpleegster en de maatschappelijk werkende en hun praktische kennis evenmin. Integendeel, de beide laatste hebben dikwijls een beter contact met de gezinnen, terwijl bovendien hun opleiding in verschillende opzichten moderner en meer ter zake is te noemen dan die van arts en geestelijke. Wijkverpleegster en maatschappelijk werkster moeten echter over een zekere schroom heenkomen, wat gemakkelijker zal gaan wanneer zij ervaren, dat zij als volwaardige partners worden erkend en geaccepteerd.

De huisarts kan er, dunkt me, veel toe bijdragen over deze moeilijkheid heen te komen. Ik heb de indruk dat wij in West-Europa, wat deze statuskwestie betreft, enigszins achter zijn op de Verenigde Staten. Daar liggen de verhoudingen tussen medicus, verpleegster en maatschappelijk werkende reeds heel anders dan hier; daar zijn zij veel meer gelijkgesteld. Dat het gewenst is, dat de arts van zijn troon afkomt en minder autoritair optreedt, wordt ook bepleit door Baay in zijn rapport over de oorzaken van het tekort aan verpleegsters. Wij dienen ons mijns inziens aan te passen aan de zich wijzigende verhoudingen, willen wij niet in een ongewenst isolement achterblijven.

4 *De persoon.* Voor goed functioneren van een team is de persoon van de verschillende vertegenwoordigers van grote betekenis. Dit geldt wel in sterke mate voor een team met zulke uiteenlopende functionarissen als het „home-team” met de genoemde verschillen in status en in geestelijke achtergrond. Aan deze personen valt weinig te veranderen, al zal een langer durende samenwerking de deelnemende leden in staat stellen meer op elkaar ingesteld te raken. Dit neemt niet weg, dat met de persoon van een van de vier het werk van het hele team min of meer kan staan of vallen. Daar de keuze van de personen door de gezinnen wordt bepaald, valt hierop door de teamleden weinig invloed uit te oefenen. De enige flexibiliteit welke ik zie is, dat het voor katholieken dikwijls mogelijk zal zijn te kiezen tussen de pastoor en de kapelaan. Verder kan men het aantal teamleden reduceren of het met anderen aanvullen om in een gevoelde lacune te voorzien.

5 *De communicatie.* In dorpen en kleine plaatsen zal dit weinig moeilijkheden behoeven te geven, omdat men elkaar kent en toch reeds min of meer geregeld ontmoet. In grote steden zal men mogelijk op ernstige communicatieproblemen stuiten. Toch zal ook daar het praktijkgebied van de huisarts dikwijls grotendeels samenvallen met dat van een of enkele wijkverpleegsters, maatschappelijk werkenden en geestelijken. Onoverkomelijk lijken mij deze problemen dus niet. Het accent zal hier echter misschien minder op een vast „home-team” komen te liggen en meer op een „home-team ad hoc”, dat zich altijd kan groeperen rondom een bepaald gezin.

De vorming van een dergelijk team „ad hoc” zal de bereidheid van de leden om in het algemeen nauwer met anderen samen te werken kunnen vergroten. Hieraan schort het ons huisartsen nogal eens. De wijkverpleegster zou graag meer van ons willen horen dan alleen het — doorgegeven — verzoek om een injectie of een glycerine-spuut toe te dienen. Het zou haar werk ten goede komen wanneer wij persoonlijk nader met haar overlegden. Wij kunnen daarbij op onze beurt veel van haar leren. Het is mij bekend dat er onder wijkverpleegsters een grote behoefte leeft aan nauwer contact met de huisartsen, veel groter dan wij ons misschien realiseren, omdat zij deze behoefte niet durven uit te spreken of zich reeds bij het schijnbaar onvermijdelijke hebben neergelegd.

Tussen huisartsen en maatschappelijk werkenden — en tussen de laatste en de wijkverpleegsters — heerst er, geloof ik, vrij veel wederzijdse angst. Angst voor elkaar, voor de status van de ander, angst de eigen autoriteit of competentie te verliezen. Wij zijn daardoor geneigd ons groter te houden dan nodig is en wat gereserveerd afzijdig te blijven. Het belang van onze patiënten wordt door dit alles niet zo goed gediend als mogelijk is. Het lijkt me belangrijk te trachten over deze gevoelsbezwaren heen te stappen, niet teveel te theoretiseren maar liever te proberen welke ervaringen bij een onderlinge samenwerking worden opgedaan.

Iedere huisarts zal moeten zien wat hij op zijn manier in zijn omstandigheden en met zijn mogelijkheden kan bereiken. Het recept voor een „home-team” dat ik heb gegeven zal, aangepast aan de omstandigheden, in de praktijk moeten worden beproefd. Het is zeker geen panacee. Het nut, dat hiermee in de zorg voor onze probleemgezinnen kan worden bereikt, is, dunkt me, wel aanzienlijk maar toch beperkt. Het voordeel van dit recept is, dat het praktisch uitvoerbaar is en op tal van plaatsen morgen aan de dag kan worden geprobeerd. De verschillende leden zijn, juist zoals de huisarts, praktisch-therapeutisch ingesteld. Dit zal de samenwerking vergemakkelijken. Tegelijkertijd schuilt hierin echter het nadeel van een ondiepe diagnostiek. Dit gebrek aan diagnostische diepte kan zelfs weleens gevaarlijk zijn. Het zal daarom zaak zijn bij gecompliceerde problemen bijtijds andere deskundigen in te schakelen, zoals Medisch Opvoed-

kundige Bureaus, bureaus voor levens- en huwelijks-moeilijkheden, enzovoort. Hulp en voorlichting van gezinssociologen, sociaal-psychologen en sociaal-psychiaters lijkt bijzonder gewenst. Deze deskundigen zijn helaas schaars en moeilijk bereikbaar. Wanneer men zich echter tot beperkt doel stelt de hulp, die thans reeds van verschillende kanten aan onze gezinnen wordt geboden, te coördineren om de effectiviteit hiervan te vergroten, kan er, dunkt mij, door een dergelijk „home-team” toch veel worden bereikt ter versterking van het thuisfront.

Een vast „home-team” zal zich mogelijk het gemakkelijkst kunnen vormen en ook het best kunnen groeien en opereren binnen het kader van een bestaande, overkoepelende organisatie als bijvoorbeeld een parochieel of diaconaal centrum. Men zal dan de geestelijken eerder mee krijgen, terwijl het grote voordelen heeft, wanneer men is verzekerd van de steun van de opdrachtgevers van de maatschappelijk werkenden. De inbreng van de kant van

het maatschappelijk werk, die uiterst belangrijk is, zal zo misschien het best kunnen worden geëffectueerd. Er laten zich echter ook andere mogelijkheden als kader denken, bijvoorbeeld een Kruisvereniging.

Wanneer de hierboven ontwikkelde ideeën levensvatbaar blijken en er zich in de toekomst inderdaad vele „home-teams” vormen, kan men zich voorstellen dat er een adviesmogelijkheid wordt geschapen in de vorm van raden van gespecialiseerde deskundigen met voornamelijk consultatieve functie, waarop de „home-teams” een beroep zouden kunnen doen. Misschien kan iemand met meer organisatorische ervaring zijn licht eens doen schijnen over dergelijke kwesties. Het lijkt mij in elk geval gewenst, dat er een uitwisseling van gedachten plaatsvindt tussen hen, die reeds met anderen in de bovenbedoelde geest hebben samengewerkt. Ik zou daarom willen eindigen met een beroep op andere huisartsen ons hun ervaringen in deze mede te delen.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

61-42. **Atrial fibrillation and pregnancy.** *Szekely, P. en L. Snaith (1961) Brit. med. J. I, 1407.*

Wanneer bij vrouwen in de procreatie atriumfibrilleren optreedt, is dat bijna altijd het gevolg van een reumatische hartaandoening. Gewoonlijk wijst het optreden van fibrilleren dan op een ernstige beschadiging van de hartspier en in de regel zal men een dergelijke patiënte afraden zwanger te worden en zal men, indien reeds zwangerschap bestaat, geneigd zijn te adviseren tot onderbreking hiervan. Er zijn echter ook auteurs, die schrijven dat het fibrilleren op zichzelf nog geen contraïndicatie voor voortzetting van aanwezige zwangerschap behoeft te zijn, maar dat het vermogen van de patiënte tot het uitoefenen van een bepaalde hoeveelheid kracht veel grotere prognostische betekenis heeft. Atriumfibrilleren is een veel voorkomende voorloper van hartdecompensatie en dat is een belangrijke factor bij het aanvaarden van de risico's van zwangerschap.

De schrijvers onderzochten aan de hand van hun materiaal het risico, dat patiënten lopen, die zwanger zijn en tevens lijden aan een reumatische hartaandoening met atriumfibrilleren. Onder 760 zwangerschappen van vrouwen met een reumatische hartaandoening waren er 60 die werden gecompliceerd door permanent of paroxysmaal fibrilleren. Van deze vrouwen was de gemiddelde leeftijd 30 jaar. Bij 31 bestond het fibrilleren reeds voor de zwangerschap, bij de overige 29 begon het pas tijdens de zwangerschap of in het puerperium; 27 patiënten hadden een mitralisstenose en zes hadden bovendien een mitralisinsufficiëntie. De overigen hadden mitraal- en aortaklepafwijkingen. 11 patiënten hadden een lichte hartvergroting, 32 middelmatige en 7 een belangrijke hartvergroting. 17 zwangerschappen werden gecompliceerd door longstuwung en drie door longoedeem. Decompensatie van de rechter hARTHelft gebeurde in negen gevallen. Wanneer het fibrilleren reeds aanwezig was voor de zwangerschap trad tijdens de zwangerschap in 25,8 procent der gevallen decompensatie op. Wanneer de overgang van sinusritme in atriumfibrilleren tijdens de graviditeit optrad ontstond in 72,4 procent decompensatie.

Arteriële embolie trad op in zes gevallen, tijdens, maar ook korte of lange tijd na de aanval van fibrilleren. Pulmonaire

embolieën traden in elf gevallen op. Bij zes patiënten trad fibrilleren op na valvulotomie welke werd verricht tijdens de graviditeit. 53 bevallingen verliepen langs vaginale weg, waarbij in 16 gevallen profylactisch de forceps werd gebruikt. In drie gevallen werd een sectio caesaria gedaan, waarbij in twee gevallen om zuiver obstetrische redenen.

In totaal stierven drie vrouwen na de bevalling, respectievelijk aan longembolie, hartdecompensatie en aneurysma; 12 zwangerschappen eindigden met 'een dood kind; een vrouw stierf onverlost; een zwangerschap werd kunstmatig afgebroken en twee eindigden in miskraam.

Vroeger was reeds gevonden dat tijdens de zwangerschap een verhoogde neiging bestaat tot paroxysmale tachycardie en de vraag rijst of dat ook geldt voor atriumfibrilleren. Door mitralisstenose kan een verwijding van het linker atrium ontstaan. Sommigen menen dat hierdoor atriumfibrilleren kan ontstaan. Ook na valvulotomie kan boezemfibrilleren worden opgewekt. Wanneer valvulotomie werd gedaan tijdens zwangerschap ontstond in 40 procent der gevallen fibrilleren tegenover 20 procent wanneer de operatie werd verricht bij niet-zwangeren. De schrijvers concluderen uit hun materiaal, dat atriumfibrilleren bij zwangerschap van vrouwen, die een reumatische hartaandoening hebben, gepaard gaat met een hoger sterftepercentage van de moeders en een hogere foetale sterfte dan bij gevallen zonder fibrilleren. Dit komt gedeeltelijk door het fibrilleren, gedeeltelijk door de toestand van de hartspier zelf. Opvallend was het veel groter percentage gevallen van hartdecompensatie bij patiënten, waarbij het fibrilleren pas optrad tijdens de graviditeit in vergelijking met de groep die reeds leed aan atriumfibrilleren voordat de zwangerschap begon. Kans op longembolie blijkt het grootst, kort na het begin van het optreden van fibrilleren.

Door de juiste toepassing van digitalis en daarna te proberen het sinusritme te herstellen met behulp van chinidine en procainamide en tevens door voorzichtig gebruik van anti-coagulantia is het risico van een bevalling van een patiënte met een reumatische hartaandoening, gepaard gaande met fibrilleren, niet zo groot dat onderbreking van de zwangerschap noodzakelijk is. Sinds 1950 hebben de schrijvers dan ook geen dodelijke aflopen meer gezien. Tijdens de bevalling