

men diegenen, bij wie de oorzaak der hoofdpijn op het terrein van de keel- neus- en oorzaken ligt, een niet te verwaarlozen groep. Een systematische behandeling van dit onderwerp voor de huisarts is dan ook van nut.

Redactie

INGEZONDEN

Het home-team en het gezondheidscentrum

De voordracht van collega Huygen, die in (1962) huisarts en wetenschap 5, 119 is opgenomen, opent bij de behandeling van langdurend zieke, vaak bejaarde, patiënten nieuwe mogelijkheden. Er is een overeenstemming met het „home-care” in de Verenigde Staten; het verschil tussen het home-team van Huygen en het home-care is, dat bij het home-care het ziekenhuis een rol speelt.

In ons land heeft de huisarts geen klinische taak meer in het ziekenhuis; hij is uit het ziekenhuis verdreven door de intrede van de specialisten, die hun gespecialiseerde kennis in het ziekenhuis ten goede doen komen van de zieke mens. De specialist heeft voor zijn diagnostiek en zijn therapie het ziekenhuis nodig, dat hem de technische apparatuur en de medische en paramedische medewerkers verschaft. Bovendien strekt het ziekenhuis zijn zorg niet alleen uit over de opgenomen patiënten, maar houdt zich ook nog bezig met mensen, die ambulante zijn en specialistische hulp zoeken en verkrijgen op de ziekenhuispolikliniek. Voor al deze patiënten stelt het ziekenhuis de specialisten en het uitgebreide apparaat, dat in het ziekenhuis aanwezig is, ter beschikking. Het ziekenhuis neemt in steeds toenemende mate deel aan de gezondheidszorg in uitgebreide zin. De bevordering van de gezondheid en het voorkomen van ziekten gaat mede tot de taak van het ziekenhuis behoren door het oprichten van consultatiebureaus in de polikliniek, door spreekuren van maatschappelijke werkers, diëtiste, enzovoort in de polikliniek. Ziekenhuis en polikliniek behoren een onderdeel te zijn van regionale en nationale activiteiten op gezondheidsgebied. Samenwerking van ziekenhuis, ziekenhuispolikliniek en kruisvereniging is de basis van een gezondheidscentrum. Vaak houden huisartsen spreekuur in een polikliniek; wijkverenigingen hebben er soms hun zusterspreekuren; afdelingen van een consultatiebureau voor tuberculose, afdelingen van de G.G. en G.D., E.H.B.O.-hulp-posten, de tandarts, de verloskundige, enzovoort kan men op een polikliniek aantreffen.

We spreken graag in navolging van Prof. Querido over integrale geneeskunde, omdat de mens een eenheid is, die men niet vermag te isoleren in onderdelen en de geneeskunde heeft te maken met de mens in zijn betrekking tot de buitenwereld; de mens bevindt zich ook in zijn ziekte in een steeds veranderende situatie, die beïnvloed wordt door tal van persoonlijke, gezins- en maatschappelijke omstandigheden.

In dit bewustzijn treedt het ziekenhuis buiten zijn muren. Het ziekenhuis moet zich een taak weten niet alleen in een door specialisten bemande polikliniek, maar in een gezondheidscentrum, waar zoveel mogelijk aspecten van de gezondheidszorg hun plaats vinden. De zieke mens is niet de mens met een geestelijke en/of lichamelijke disharmonie, die zich beperkt tot zijn eigen geest en lichaam; de zieke mens vertoont een innerlijke disharmonie, die mede veroorzaakt wordt door een verstoorde relatie met God. Een bundeling van alle ten dienste staande hulpmiddelen om de naaste te helpen geeft de beste en de meest uitgebreide gezondheidszorg.

De zieke mens thuis, of in het ziekenhuis opgenomen of behandeld op een polikliniek of een consultatiebureau heeft behandeling nodig door een arts en/of verpleegsters, die onder de verschillende omstandigheden vaak één persoon zijn. Het gezondheidscentrum kan het uitgangspunt zijn van behandeling thuis of op een polikliniek of in het ziekenhuis (door verwijzing respectievelijk van huisarts of specialist) in de meest uitgebreide zin.

Inschakeling van het ziekenhuis bij behandeling thuis van langdurend zieken en invaliden wordt in het buitenland al gerealiseerd (home-care in de Verenigde Staten). Bezoek aan huis van de aan het gezondheidscentrum en het ziekenhuis verbonden specialisten met gebruikmaking van hulpmiddelen, waarover het ziekenhuis of het centrum beschikt, zoals rönt-

gen, laboratorium, electrocardiogram en elektro-encefalogram. Juist omdat het ziekenhuis en gezondheidscentrum over dezelfde huisartsen-, specialisten-, laboratorium- en röntgenafdeling beschikken, is behandeling in teamverband mogelijk. Aan de ploeg, die de thuisbehandeling verzorgt, moeten ook deelnemen de geestelijke, de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker, de leiding van de gezinshulp en in speciale gevallen ook nog andere niet met name genoemde personen als de welfare zuster, de masseuse, de tandarts. Bundeling van de rapporten en geregelde bespreking van de rapporten en de resultaten van alle zorg is noodzakelijk en mogelijk door de teamvorming onder een vaste leiding te stellen. De sociale aspecten komen eerst dan tot zijn recht.

De coördinatie van allen, die een patiënt in een ziekenhuis onderzoeken en behandelen wordt als vanzelfsprekend beschouwd. Zonder samenwerking van allen, die in het ziekenhuis werken, worden geen optimale resultaten bereikt. Even vanzelfsprekend behoort het te zijn, dat behandeling thuis gebundeld wordt. De grote groep van langdurend zieken of invaliden, vaak bejaarde patiënten, die thuis worden verzorgd of verpleegd kent deze coördinatie nog niet. Dr. Bluestone, die in New York het home-care van het Montefiore Hospital reeds sinds 1946 organiseerde stelt, dat de bejaarde patiënt lichamelijk en geestelijk een deel is van de gemeenschap. De zieke en ziekte moeten niet alleen medisch worden benaderd, maar ook gezien worden in het sociale geheel. Juist als de ziekte lang duurt, gaan de sociale aspecten een belangrijke rol spelen. Heel veel patiënten, die geruime tijd ziek zijn, kunnen beter in eigen milieu dan in het ziekenhuis verpleegd worden. Het gevaar van het ziekenhuis is, dat de mens in het ziekenhuis geïsoleerd raakt; contacten met de gezinsleden dreigen verloren te gaan. Als men zich afvraagt of de noodzakelijke medische behandeling thuis kan geschieden, dan is dat mogelijk, indien men de voorwaarden daarvoor zo gunstig mogelijk maakt. Daarvoor moeten vele voorwaarden op medisch, paramedisch, huishoudelijk en vele andere gebieden worden vervuld. Allereerst moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- a De ziekte, waaraan de patiënt lijdt moet thuis behandeld kunnen worden. De patiënt is al dan niet bedlegerig.
- b De maatschappelijk werker onderzoekt het verband tussen de eventueel aanwezige geestelijke spanning en het gezinsleven. Het moet zo zijn, dat het voor de patiënt het beste is thuis te zijn.
- c De afstand tussen patiënt en ziekenhuis, respectievelijk gezondheidscentrum mag ook per auto niet te ver zijn (niet verder dan een half uur bijvoorbeeld).

Het team, dat deze behandeling thuis verricht bestaat in eerste aanleg uit de behandelend arts, een verpleegster en een maatschappelijk werker. De behandelend arts bepaalt als leider van het team welke andere deskundigen moeten worden ingeschakeld, bijvoorbeeld de orthopedisch chirurg, de psychiater of de tandarts. Gezamenlijk wordt bepaald of thuis fysieke therapie of bezigheidstherapie wordt gegeven, of huishoudelijke hulp nodig is. In familieverband kan en moet die huishoudelijke hulp meestal worden gegeven; de verpleegster leert zo mogelijk een familielid bijvoorbeeld injecties geven of instrueert tot bepaalde technische handelingen. Door al deze activiteiten kan de patiënt thuis zeer persoonlijk worden behandeld. Er wordt een geheel verantwoorde en volledige behandeling mogelijk met behoud van alle gezins- en maatschappelijke bindingen. De georganiseerde thuishulp kan bij een coördinatie centraal worden geleid en geadmistreerd, waardoor de medische en paramedische zorg, die de aan huis gebonden patiënt nodig heeft gedurende een bepaalde periode of perioden van zijn ziekte optimaal wordt. Naast de gecentraliseerde verantwoordelijke instantie voor de coördinatie van alle hulpverleningen en de administratie is een plan noodzakelijk voor de voorziening van alle diensten met de coördinatie hiervan. Ziekenhuis, gezondheidscentrum, wijkverpleging en gezinszorg zullen gezamenlijk de thuiszorg op zich moeten nemen. Coördinatie door het vormen van een team, dat een beperkt aantal patiënten thuis verzorgt, maakt de thuisverzorging in een uitgebreide vorm mogelijk. De leiding van de thuisver-

zorging kan berusten in het gezondheidscentrum, dat nauw verbonden is zowel met het ziekenhuis als met de kruisvereniging.

's-Gravenhage, 25 april 1962.

Dr. L. J. Frijda.

- Cherhassy, M. (1955) J. chron. Dis. I, 346.
Frijda, L. J. (1961) De bejaarden 7, 26.
Haldeman, J. C. (1959) Publ. Hlth. Rep. (Wash.).
Jongsma, M. W. (1959) Het Ziekenfonds 33, 256.
Mc Keown, T. en C. R. Lowe (1960) Het ziekenhuiswezen 37, 452.
Role of hospitals in ambulatory and domiciliary medical care. (1959) Wld. Hlth. Org.

Collega Frijda spreekt in zijn ingezonden stuk over andere zaken dan ik bedoelde in mijn artikel over „het home-team”. Hij gaat uit van de toestand in de Verenigde Staten, die verschilt van de onze. Voor zover mij bekend is daar het ziekenhuis en niet de huisarts het middelpunt van de gezondheidszorg geworden. De „general practitioner” bezoekt en behandelt zijn patiënten zelden thuis; hij heeft een eigen plaats in het ziekenhuis en daardoor een andere taak en werkwijze dan de Nederlandse huisarts.

Wanneer ik collega Frijda goed begrijp geeft hij in overweging, oplossingen die men in de Verenigde Staten heeft gevonden voor de behandeling van chronisch zieken thuis, ook in Nederland na te streven. Het schijnt mij echter toe, dat daarvoor de toestanden in beide landen teveel verschillen. Ook lijkt het twijfelachtig of de preventie van ziekten tot de taak van het ziekenhuis behoort, zoals collega Frijda stelt. De oprichting van consultatiebureaus in poliklinieken wordt in Nederland niet nagestreefd. Gezondheidscentra en samenwerking van ziekenhuizen en kruisverenigingen en dergelijke kennen we hier praktisch niet, evenmin als spreekuren van huisartsen en wijkverpleegsters in poliklinieken.

Kortom het lijkt mij dat de organisatie van de Amerikaanse „home-care” voor een belangrijk deel juist is ingegeven door het ontbreken van een huisarts en een stelsel van gezondheidszorg, zoals wij kennen. In mijn artikel ben ik daarentegen uitgegaan van de Nederlandse situatie en heb ik mij afgevraagd, hoe wij als huisartsen tot een betere behandeling van onze patiënten zouden kunnen komen door nauwere samenwerking met hen, wier werkteerren in het huis en het gezin van onze patiënten is gelegen, zoals bijvoorbeeld wijkverpleegsters, maatschappelijk-werksters en zielzorgers.

Dr. F. J. A. Huygen

BIJSCHOLINGSCURSUS VOOR HUISARTSEN „HET GEZIN”

Op zaterdag 24 maart 1962 werd te Nijmegen de partiële bijscholingscursus voor huisartsen „Het gezin” beëindigd, welke cursus voor huisartsen werd georganiseerd door de sectie Medisch Gezinsonderzoek van het Dr Veeger Instituut met medewerking van de r.k. universiteit te Nijmegen. De leiding van de cursus was in handen van Prof. Dr A. Mertens, hoogleraar sociale geneeskunde, Prof. Dr L. Stolte, hoogleraar obstetrie en gynecologie en Dr F. J. A. Huygen, huisarts, docent sociale geneeskunde van het gezin. De organisatie berustte bij M. Scheeren, huisarts te Nijmegen.

Vanaf 21 oktober 1961 tot 24 maart 1962 werden twintig zaterdagen aan deze cursus besteed. De voordrachten duurden van 11 uur 's morgens tot 4 uur 's middags met één onderbreking voor de lunch, die door de meeste deelnemers gemeenschappelijk werd gebruikt. Het cursusgeld bedroeg f 200,—.

Aan deze cursus werd door eenentwintig huisartsen deelgenomen, voor het merendeel uit het zuiden des lands afkomstig. Twee deelnemers waren in Den Helder woonachtig, terwijl slechts vier huisartsen uit Nijmegen aan de cursus deelnamen. Daarnaast werd door een aantal medewerkers van Prof. Mertens aan de cursus deelgenomen te weten een socioloog, een psycholoog, twee assistenten in de sociale geneeskunde en twee maatschappelijke werksters.

Om een indruk te geven over de opzet en de inhoud van deze cursus volgen hieronder de namen en functies van de

sprekers, de door hen behandelde onderwerpen en de hieraan bestede tijd.

- 1 Prof. Dr L. Stolte, hoogleraar obstetrie en gynecologie te Nijmegen. Onderwerp: Periodieke onthouding; methoden ter anticonceptie; partus als gezinsgebeuren. Tijd: 5 uur.
- 2 Dr J. van Wijck, hoofdassistent obstetrie en gynecologie te Nijmegen. Onderwerp: Geslachtsdifferentiatie. Tijd: 2 uur.
- 3 Dr J. Seelen, chef de clinique obstetrie en gynecologie te Nijmegen. Onderwerp: Progestatieve stoffen. Tijd: 4 uur.
- 4 Prof. Dr S. Geerts, hoogleraar algemene erfelijkheidsleer te Nijmegen. Onderwerp: Grondslagen van de menselijke erfelijkheidsleer. Tijd: 4 uur.
- 5 Dr F. J. A. Huygen, huisarts, docent sociale geneeskunde van het gezin, Nijmegen. Onderwerp: Casusbesprekingen. Tijd: 16 uur.
- 6 Drs L. Lion M.S.C., docent Studiecentrum voor Maatschappelijk Werk te Nijmegen. Onderwerp: Observatie en beïnvloeding van de gezinsrelaties door de huisarts. Tijd: 8 uur.
- 7 Dr R. Eysink, docent Academie voor Sociale Wetenschappen en Maatschappelijk Werk te Rotterdam. Onderwerp: Aard en intensiteit der interne relaties; onvolledige gezinnen. Tijd: 6 uur.
- 8 Dr G. Kooy, lector in de gezinssociologie Landbouwhogeschool te Wageningen. Onderwerp: Gezinsfuncties; wordings-, bloei- en involutie-fase. Tijd: 4 uur.
- 9 Prof. Dr A. Kriekemans, hoogleraar pedagogie te Leuven. Onderwerp: Verlovings- en huwelijksvoorbereiding; opvoeding in het gezin. Tijd: 6 uur.
- 10 J. Prick, zenuwarts, docent kinderpsychiatrie en kinderneurologie te Nijmegen. Onderwerp: Echtscheidingen. Tijd: 2 uur.
- 11 Prof. Dr K. v. d. Loo, hoogleraar toegepaste klinische psychologie te Nijmegen. Onderwerp: Psychologische aspecten van de periodieke onthouding; conflicten in het huwelijk. Tijd: 4 uur.
- 12 E. Ausems, arts, medisch adviseur Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis. Onderwerp: Organisatie van het Kruiswerk ten aanzien van het gezin. Tijd: 2 uur.
- 13 J. Maas, zenuwarts te Zevenaar. Onderwerp: Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Tijd: 2 uur.
- 14 Dr A. van Tienen, socioloog van het Bureau Katholiek Bijzonder Gezinswerk en Jeugdzorg te Rotterdam. Onderwerp: Onmaatschappelijke gezinnen. Tijd: 2 uur.
- 15 A. Klapwijk, arts, geneesheer-directeur Revalidatiecentrum Johannastichting te Arnhem. Onderwerp: Organisatie van onderwerpen voor minder-validen. Tijd: 2 uur.
- 16 Mevrouw E. Kreyns-ten Braak, arts te Hilversum. Onderwerp: Ongehuwde moeder en haar kind. Tijd: 2 uur.
- 17 J. Bocken, rector van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen. Onderwerp: Organisatie van de pastorale zorg. Tijd: 1 uur.
- Ds. K. Luyendijk, hervormd predikant te Nijmegen. Onderwerp: Organisatie van de pastorale zorg. Tijd: 1 uur.
- 18 Mr E. Meeuwissen, stafdocent Studiecentrum voor Maatschappelijk Werk te Nijmegen. Onderwerp: Organisatie van het maatschappelijk werk. Tijd: 2 uur.
- 19 Mr J. Nota, stafdocent School voor Maatschappelijk Werk te Enschede. Onderwerp: Kinderloze gezinnen en adoptie. Tijd: 2 uur.
- 20 Mejuffrouw A. Nuy, directrice Bureau Huishoudelijke en Gezinsvoorlichting te Nijmegen. Onderwerp: Gezinsbudgetten. Tijd: 2 uur.

Van de meeste van deze voordrachten werd na afloop een samenvatting aan de cursisten uitgereikt. Aan het einde van de cursus werden enkele door de deelnemers ter sprake gebrachte gevallen uit de eigen praktijk in discussie gebracht.

In grove trekken zou men de onderwerpen van deze cursus als volgt kunnen rangschikken: 1 medische facetten van de gezinsproblematiek; 2 sociale facetten van de gezinsproblematiek; 3 pedagogische facetten van de gezinsproblematiek en 4 psychologische facetten van de gezinsproblematiek; 5 een reeks kleinere onderwerpen, bedoeld om zoveel mogelijk informatie te geven over de vele hulpverlenende instanties, die ook door de huisarts kunnen worden ingeschakeld bij problemen in zijn gezinnen.

De onder groep 1 te rangschikken casusbesprekingen van