

maar vooraf kan ook worden afgesproken, dat dit een van de specialisten is.

Na de pauze werden door velen van de ruim zeventig aanwezige huisartsen en specialisten vragen gesteld. Door de voorzitter van de A.S.V. (Coloço Belmonte) wordt onder meer gewezen op het gevaar van overconsumptie: de specialist durft vaak een bepaald onderzoek niet achterwege te laten; de huisarts moet in vele gevallen niet direct naar de specialist verwijzen. Commentaar van forumlid: de specialist is de goedkoopste assistent van de huisarts!

De gestelde vragen betroffen verder: gemeenschappelijk beheer van medisch archief (voor aan ziekenhuizen verbonden specialisten), het op prijs stellen van uitgebreide laboratoriumgegevens door de huisartsen (enerzijds maakt vermelding van alle normale gegevens brieven nodeloos uitvoerig, anderzijds moet het gezondheidsdossier van de huisarts alle gegevens bevatten); wat moet de specialist doen in de vacatie van de huisarts (waarnemer inlichten!)? Tenslotte gaf één der vragenstellers als zijn mening dat de slechte communicatie tussen artsen veelal een gevolg is van onvoldoende outillage (technische hulpmiddelen, assistente of secretaresse).

Wij kunnen het bestuur van het centrum Amsterdam gelukwensen met het organiseren van deze avond welke onder de voortreffelijke leiding van de voorzitter van het forum, een vlot verloop had. De vele belangstellenden verlieten deze avond met een veelheid van stof om verder over na te denken. Inderdaad zijn er in deze bespreking vele problemen rondom de samenwerking tussen specialist en huisarts overhoop gehaald. Het spreekt vanzelf dat deze avond zich niet leende tot het formuleren van uitspraken. Wel is weer duidelijk geworden dat de betreffende problematiek zich uitstekend leent voor een landelijke conferentie, waarbij de veelheid van vraagstellingen, welke aan de orde kunnen komen, enerzijds tot een beperking van het onderwerp, anderzijds tot een deelbehandeling in secties zal moeten leiden. Voor bepaalde onderdelen zal het zeker mogelijk zijn op korte termijn richtlijnen op te stellen, welke geschikt zijn om daarna gewestelijk door specialisten en huisartsen gezamenlijk ter discussie te worden gesteld. Met name denk ik hierbij in eerste aanleg aan de volgende onderwerpen: richtlijnen voor de begeleidende brief van een verwijzing door de huisarts; de wenselijkheid van het gebruik van voorgedrukte formulieren (met kopieblad); het voorschrijven van de geneesmiddelen in gevallen van behandeling van een patiënt door verschillende artsen (specialist(en) en huisarts); de vermelding door de apotheker van het recept op de verpakking.

Dr. Joh. A. Dallmeijer

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN G.G. EN G.D. ROTTERDAM, SEPTEMBER EN OKTOBER 1965 (5)

(Voor de opzet van deze registratie van algemeen voorkomende infectieziekten raadplege men (1965) huisarts en wetenschap 8, 37)

Ook in deze verslagperiode deed zich de invloed van de vacatie gelden, zodat het aantal deelnemende artsen — zeker nog in de eerste week van september — laag was (16). De aantallen deelnemende collegae zijn per week vermeld aan het begin van de tabel. Mazelen bewoog zich op hetzelfde niveau als in de vorige periode, terwijl varicellen duidelijk minder bleek voor te komen. Herpes zoster werd iets vaker gezien dan in juli en augustus. Het trekt de aandacht dat gevallen van influenza (-achtige?) aandoeningen van de bovenste luchtwegen in de verslagperiode veel werden gezien (595 gevallen tegenover 198 gevallen in de voorafgaande periode). Hoewel zeer zeker het aantal deelnemende artsen in de voorafgaande periode gering was, kan toch wel worden gesteld dat er een beduidende stijging plaatsvond. Eenzelfde beeld gold ook — zij het in mindere mate — voor gastro-enteritis.

Via de peilstations kwam één geval van pertussis ter kennis. Het betrof een jongetje van 5 jaar, waarbij helaas geen verder onderzoek plaatsvond. Bovendien werden nog twee gevallen gemeld welke bacteriologisch werden gecontroleerd.

Het klinische beeld was typisch. Het bleek echter niet mogelijk bordetella pertussis te isoleren. Het betrof hier een meisje van 5 jaar — dat nimmer was gevaccineerd tegen kinkhoest — en een meisje van 14 jaar dat evenmin was gevaccineerd.

De tabel september-oktober heeft betrekking op de gegevens welke zijn ontvangen van respectievelijk per week 16, 21, 21, 22, 22 artsen in september en 22, 23, 24, 23 artsen in oktober.

	Leeftijdsklassen in jaren									Totaal
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-64	65 en ouder	
<i>Mazelen</i>										
september ...	47	22	—	—	—	—	—	—	—	69
oktober	80	42	2	2	—	—	—	—	1	127
<i>Varicellen</i>										
september ...	12	8	3	—	—	—	—	—	—	23
oktober	25	12	1	—	—	1	—	—	—	39
<i>Herpes zoster</i>										
september ...	1	—	3	2	2	5	4	16	2	35
oktober	2	2	3	7	9	5	1	9	13	51
<i>Parotitis epidemica</i>										
september ...	3	4	—	—	2	—	—	—	—	9
oktober	—	2	1	2	1	2	—	1	1	10
<i>Influenza</i>										
september ...	15	21	17	15	35	45	35	47	20	250
oktober	33	17	13	32	53	61	44	60	32	345
<i>Pertussis</i>										
september ...	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
oktober	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Ziekte van Pfeiffer</i>										
september ...	3	5	2	10	5	—	—	—	—	25
oktober	7	6	2	9	8	2	—	—	—	34
<i>Exanthenen van onduidelijke of onbekende aard</i>										
september ...	24	2	—	—	1	2	2	1	1	33
oktober	16	10	1	2	—	—	—	—	1	30
<i>Gastroënteritis van onduidelijke of onbekende aard</i>										
september ...	33	26	12	11	24	18	25	25	14	188
oktober	28	13	16	20	19	22	17	21	11	167

Uit het N.H.I

EEN EXPERIMENT TOT NAUWERE SAMENWERKING TUSSEN EEN AANTAL HUISARTSEN EN EEN AANTAL WIJKVERPLEEGSTERS

Bij velen leeft de gedachte dat de communicatie tussen huisarts en wijkverpleegster over het algemeen niet optimaal verloopt. Vooral in de steden is de huisarts door de structuur van de wijkverpleging genoodzaakt met vele wijkverpleegsters contacten te onderhouden. Het gevolg daarvan is, dat het contact veelal een onpersoonlijk karakter heeft; een huisarts als functionaris neemt contact op over een patiënt met een wijkverpleegster als functionaresse. Het komt zelfs dikwijls voor dat beide functionarissen elkaar nauwelijks of niet kennen.

In zijn algemeenheid kunnen we zeggen, dat het contact tussen huisarts en wijkverpleegster een soort éénrichtingsverkeer is. De huisarts neemt in de meeste gevallen contact met de wijkverpleegster op; het omgekeerde komt veel minder vaak voor, afgezien dan van het rapporteren door een wijkverpleegster aan de huisarts.

De onpersoonlijke sfeer waarin het contact meestal tot stand pleegt te komen, heeft ongetwijfeld gevolgen voor de inhoud ervan. Het is een vaststaand feit, dat indien een huisarts de deskundige hulp van een wijkverpleegster wil inroepen op het gebied van preventie of gezondheidsvoor-

lichting, het contact meer inhoud behoeft dan wanneer het een verzoek van de huisarts aan de wijkverpleegster tot het toedienen van injecties of het geven van een wasbeurt betreft.

Omdat, zowel in de drie Kruisverenigingen als in het N.H.I. en het N.H.G., de mening heerst, dat de deskundigheid van de wijkverpleegster te weinig tot haar recht komt op het gebied der preventie, gezondheidsvoorlichting en andere, meer inhoudelijke aspecten van de taak, waartoe de wijkverpleegster is opgeleid, willen genoemde instellingen gezamenlijk trachten een verandering in haar werkpatroon te bevorderen. Deze verandering zal zodanig dienen te zijn, dat de wijkverpleegster, al of niet ten detrimente van de meer triviale werkzaamheden als wassen en het toedienen van injecties, meer aandacht aan de inhoudelijke aspecten van haar taak zal kunnen gaan besteden. Een *conditio sine qua non* is daarbij, dat de communicatie tussen huisarts en wijkverpleegster intensiever wordt en het contact meer inhoud krijgt. Een werkcommissie bestaande uit vertegenwoordigers van de Kruisverenigingen en het N.H.I. heeft gezocht naar mogelijkheden om de voorwaarden daartoe te creëren.

De gedachte waarvan wij zijn uitgegaan, valt het meest eenvoudig aan de hand van een voorbeeld te illustreren. Naarmate iemand meer vrienden heeft, zal het contact met ieder van hen oppervlakkiger blijven dan wanneer dezelfde persoon slechts contact behoeft te onderhouden met een paar vrienden. *Mutatis mutandis* kan hetzelfde worden gezegd met betrekking tot het contact tussen huisarts en wijkverpleegster. Om het contact tussen beiden te bevorderen en te intensiveren, met als effect een contact dat aan inhoud wint, zal een dusdanige situatie moeten worden geschapen, dat de huisarts slechts met een klein aantal wijkverpleegsters behoeft te communiceren.

Een oplossing ligt voor de hand. De wijkverpleegster zal aan haar wijk moeten worden ontkoppeld en dienen te worden gekoppeld aan het praktijkgebied van de huisarts. Een andere, theoretische, oplossing zou zijn het praktijkgebied van de huisarts zodanig te saneren, dat zijn werkgebied geheel zou samenvallen met het werkgebied, de wijk, van de wijkverpleegster, waardoor minder tijdverlies voor de arts zou optreden door de aanzienlijk gereduceerde rijafstanden tussen de onderscheiden patiënten. De band tussen huisarts en patiënt is echter van een ander karakter dan die tussen wijkverpleegster en patiënt. De huisarts verleent continue zorg aan zijn patiënten, waarbij het van essentieel belang is zoveel mogelijk over de ziektegeschiedenis en de psychosociale achtergronden van de patiënt op de hoogte te zijn. Het contact tussen wijkverpleegster en patiënt heeft daarentegen voor een niet onaanzienlijk aantal gevallen slechts een incidenteel of tijdelijk karakter. Wij zijn ons er evenwel van bewust, dat voor een aantal gevallen de door de wijkverpleegster verleende zorg een langdurig karakter heeft of misschien continue zorg mag worden genoemd.

Bovendien is de verwachting dat de huisarts in de toekomst veel meer in teamverband zal gaan werken, zodat de maatschappelijk werker, de pastores, de wijkverpleegster en andere zorgverleners steeds meer zullen worden ingeschakeld bij de zorgverlening voor de patiënten. Het is dan ook geenszins onmogelijk dat de huisartspraktijk of misschien de groepspraktijk, het centrum zal zijn van waaruit de activiteiten op het gebied van de zorg zullen worden ontplooid.

De praktijkgebieden van de verschillende zorgverleners lopen over het algemeen niet parallel. Daarom leek het verstandig, mede met het oog op toekomstige ontwikkelingen, het praktijkgebied van de huisarts als uitgangspunt van de gecoördineerde zorgverlening te kiezen.

Het effect van deze nieuwe werksituatie zullen wij trachten na te gaan aan de hand van een viertal experimenten waarvan het eerste experiment binnenkort in Assen zal beginnen. In Assen zullen vier wijkverpleegsters in het praktijkgebied van vier huisartsen werkzaam zijn. Regelmatig zullen zij elkaar treffen tijdens groepsbesprekingen. Hierin zullen gezamenlijke problemen uit de praktijk worden besproken; tevens kan de arts daar nieuwe patiënten in de zorg van de wijkverpleegster aanbevelen, doch ook kan de wijkverpleegster de door haar in gezinnen gesignaleerde problemen of patiënten aan de arts doorgeven.

Het effect van deze vorm van samenwerking zullen wij

trachten te evalueren door het werkpatroon van de wijkverpleegster in de pre-experimentele fase te vergelijken met haar werkpatroon in het vierde kwartaal na aanvang van het experiment. Tevens zullen wij het opdrachtenpatroon van de huisarts in de pre-experimentele fase vergelijken met het opdrachtenpatroon in de laatste fase van het experiment. Wij hopen dan te kunnen vaststellen dat de veranderde werksituatie het de wijkverpleegster mogelijk heeft gemaakt, meer aandacht aan de inhoudelijke aspecten van haar taak te kunnen besteden, zonder dat daardoor het aantal contacten met betrekking tot de meer triviale aspecten van haar taak, zijn afgenomen. Doch ook al zou dit wel het geval zijn, dan nog zouden we dit misschien als een winstpunt kunnen bestempelen.

Het is niet onmogelijk dat deze nauwere samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster een taakverzwaring voor de huisarts tot gevolg heeft. Men bedenke slechts dat het oorspronkelijke éénrichtingsverkeer tussen huisarts en wijkverpleegster zal veranderen, zij het dan in bescheiden mate, in een tweerichtingsverkeer. Vooral in het kader van de gezondheidsvoorlichting zal de wijkverpleegster patiënten met de huisarts in contact brengen (bijvoorbeeld vetzuchtigen, waarmee de wijkverpleegster toevalligerwijze in contact kwam in gezinnen, waar zij om een andere reden aanwezig was). De taakverzwaring van de huisarts mag niet tot gevolg hebben dat hij daardoor naar zijn mening te weinig tijd heeft om andere aspecten van zijn taak naar behoren te vervullen. Bij de beoordeling van het effect van de nauwere samenwerking zal daarmee terdege rekening worden gehouden.

De lezer concludeert niet uit het bovenstaande dat deze nieuwe vorm van samenwerking tussen wijkverpleegster en huisarts slechts meer werk tot gevolg heeft. Door beter contact tussen beiden zal de door de wijkverpleegster verleende zorg doelgerichter kunnen zijn en een verbetering van kwaliteit kunnen betekenen. Dit leidt dan tot werkvermindering voor de huisarts. Ook is het niet onmogelijk dat de huisarts taken zal gaan delegeren aan de wijkverpleegster. Welke veranderingen zich precies zullen voltrekken, zullen wij eerst na evaluatie van het experiment kunnen vaststellen.

De situatie in Assen leek ons gunstig voor ons eerste experiment. Ten eerste zochten daar zelf reeds een viertal huisartsen naar een mogelijkheid om het contact met de wijkverpleegsters te intensiveren en ten tweede is er in Assen slechts één Kruisvereniging, hetgeen althans moeilijkheden met betrekking tot vervuiling uitsluit. De eerste januari 1966 is de pre-experimentele fase begonnen, het experiment start 1 april 1966 en zal 1 september 1967 worden afgesloten. Daarna volgt de evaluatie van het experiment.

Ir. H. R. Pijlman, socioloog,
wetenschappelijk medewerker

PROGRAMMA DERDE ORIËNTATIECURSUS VOOR HUISARTSEN

De derde oriëntatiecursus voor huisartsen zal plaats vinden op de vrijdagen 11, 18 en 25 februari; 4, 11, 18 en 25 maart; 1, 15, en 22 april 1966, van 15.30 - 21.00 uur in het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4 te Utrecht.

De op deze cursus te behandelen onderwerpen zijn:

A. Praktijkorganisatie van de huisarts: 1 praktijkhuis; 2 praktijkruimte; 3 praktijkvoering; 4 financiële aspecten; 5 financiële administratie; 6 medische administratie; 7 instrumentarium, spreekkamer, praktijkongevallen- en verlostas; 8 laboratorium; 9 sterilisatie van instrumenten; 10 apotheek van de huisarts; 11 wetenschappelijk onderzoek en het hanteren van medische literatuur.

B. Praktijkuitoefening door de huisarts: 1 diagnostiek; 2 gespreksanalyse; 3 therapie; 6 receptuur; 5 leiden van C.B.'s voor zuigelingen en kleuters; 6 voorlichting aan patiënten; 7 preventief geneeskundige werkzaamheden; 8 verwijzen.

C. Communicatie en coöperatie: 1 organisatie van de gezondheidszorg; 2 organisatie van de maatschappelijke zorg; 3 de huisarts in de huidige samenleving; 4 intercollegiale samenwerking; 5 de huisarts en de diverse medische organisaties; 6 samenwerking met beoefenaars van paramedische