

Berichten

DE VORMING VAN GROEPSPRAKTIJKEN

In toenemende mate valt belangstelling te constateren voor de vorming van groepspraktijken van huisartsen, al verstaat niet iedereen onder groepspraktijk hetzelfde en al zijn de motieven, waarom aan de vorming van groepspraktijken wordt gedacht, veelal van verschillende aard. De behoefte om zich terzake te oriënteren bestaat in elk geval in brede kring.

Ook de overheid heeft haar aandacht hiervoor getoond. Door het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid is, zoals uit de pers wel bekend zal zijn geworden, een post op de begroting geplaatst onder het hoofd „groepspraktijken”. Deze post kan worden besteed in het kader van wat men ontwikkelingsprojecten noemt. Nog niet is vastgesteld welke aspecten subsidieel zijn.

Het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap, in samenwerking met het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, wil degenen, die het ernstige voornemen hebben inderdaad een groepspraktijk tot stand te brengen, wijzen op de mogelijkheid dit ter kennis te brengen van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De departementale stuurgroep kan zich dan beraden over de verschillende aspecten. Het verdient aanbeveling de regionale inspecteurs van de volksgezondheid van deze kennisgeving aan het departement op de hoogte te stellen. Dr. R. Rijkels houdt zich bij de geneeskundige hoofdinspectie in het bijzonder met groepspraktijken bezig.

Deze suggestie houdt uiteraard niet in dat men voor de vorming van een groepspraktijk gebonden is een dergelijk contact met de overheid op te nemen. Indien men van mening is dat men zonder hulp van anderen een groepspraktijk tot stand kan brengen, dan heeft men natuurlijk de vrijheid om dit zonder meer te doen.

De genoemde besturen zijn van mening dat de resultaten van een experiment met de vorming van groepspraktijken een belangrijke bijdrage zou kunnen betekenen tot de integratie van de gezondheidszorg voor zover deze buiten de ziekenhuizen wordt gegeven. De samenwerking met kruisverenigingen en hun wijkverpleegsters en met maatschappelijk werkers en anderen zal er aanzienlijk door kunnen worden vergemakkelijkt en versterkt, hetgeen in het belang is van de patiënten.

Aangezien het op de begroting gestelde bedrag niet groot is en het overigens vooral gaat om het doen van experimenten, willen de beide besturen er met klem op wijzen, dat slechts een zeer klein aantal te stichten groepspraktijken in aanmerking zal kunnen komen voor subsidie. Voor investering zal men in het algemeen niet op steun van het rijk kunnen rekenen. De bereidheid zal moeten bestaan en de mogelijkheid aanwezig moeten zijn tot het evalueren van de groepspraktijk als ontwikkelingsproject. De groepspraktijk moet een zinvolle basis bieden om als experiment te dienen. Een dergelijke evaluatie is noodzakelijk omdat aan de hand hiervan ervaring met groepspraktijken kan worden gesystematiseerd, hetgeen van veel waarde kan zijn voor de advisering van anderen, die ook de vorming van een groepspraktijk overwegen. Dit is te meer noodzakelijk, omdat in Nederland nog geen ervaring met groepspraktijken is opgedaan.

Het zou zinvol zijn om bij deze evaluatie de commissie groepspraktijken van het Nederlands Huisartsen Instituut, waarin ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is vertegenwoordigd, een rol te laten vervullen. Verschillende mogelijkheden zijn daarvoor denkbaar.

Een eerste vorm zou kunnen zijn dat een groepspraktijk wordt gevormd uit bestaande praktijken, waarvan de partners vanuit een gemeenschappelijk praktijkpand gezamenlijk praktijk uitoefenen en waarbij de bedoelde commissie de mogelijkheid verkrijgt te bestuderen hoe de ontwikkeling tot groepspraktijk verloopt. Het is met name van belang na te gaan, welke aanpassing van de deelnemers en van de pa-

tiënten wordt gevraagd. In een aantal praktijken zou de evaluatie beperkt kunnen blijven tot het leveren van morbideits- en praktijkanalytische gegevens. Ook zal in een aantal gevallen de onderlinge samenwerking van de deelnemende huisartsen kunnen worden uitgebreid tot de reeds vermelde samenwerking met wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers, enzovoort. Men kan ook denken aan een vorm die slechts dan gekozen zal worden wanneer een zeer nauwe band tussen N.H.I. en groepspraktijk wordt nagestreefd. Dit zal slechts in een enkel uitzonderlijk geval zo zijn. Met name is een dergelijke vorm voor een in de stad Utrecht te stichten groepspraktijk gekozen. Eén van de huisartsen in de groepspraktijk zal tevens N.H.I.-staflid zijn en medezegenschap van het N.H.I. in de organisatie van de groepspraktijk zal worden aanvaard. Hier kan men spreken van een N.H.I.-groepspraktijk.

De beide besturen willen ten besluite nogmaals nadrukkelijk stellen dat een aanvraag om subsidie alleen zal kunnen geschieden op basis van een deugdelijk plan en een bijbehorende begroting. In het plan moet de huidige situatie beschreven zijn en moeten de criteria worden aangegeven die men bij het experiment wil toetsen. Voorts zij er op gewezen dat zelfs dan nog het geringe bedrag op de begroting niet meer dan voor enkele projecten tot subsidie kan leiden. Ook staat nog niet vast welke vorm een subsidiëring zal krijgen. Het financieren van een praktijk-uitoefening ligt uiteraard niet in de bedoeling van de overheid.

DE ACHTSTE ARTSENDAG APELDOORN

„Huisarts en arbeidsverzuim” was zaterdag 3 september het onderwerp van de achtste artsendag georganiseerd door het N.H.G.-centrum Apeldoorn in samenwerking met de afdeling Apeldoorn der Maatschappij. De grote belangstelling voor dit probleem bleek reeds uit het feit dat zich 150 deelnemers — waarvan ruim honderd huisartsen — voor dit symposium hadden opgegeven.

De omvang van het probleem werd de toehoorder reeds duidelijk uit de voordracht van Dr. H. H. W. Hogerzeil, adjunctdirecteur van Philips Gezondheidscentrum, getiteld „de rol van het maatschappelijk functioneren in diagnose en therapie van de huisarts”. Uit het inleidend overzicht bleek dat het ziekteverzuim in de Philipsbedrijven van 1950 tot 1965 van 1 op 2,5 was gestegen. Deze stijging was gelijkmatig over alle leeftijdsgroepen gespreid. Behalve een geringe stijging in de acute respiratoire ziekten was er geen stijging in organische ziekten en evenmin een stijging van de psychoneurosen voor de toename verantwoordelijk. Wel valt een geringe toename, van 1 op 1,3, van de psychosomatische aandoeningen te noteren. Daarentegen vertonen de korte, een tot drie dagen durende „ziekten” een stijging van 1 op 7; een stijging die vrij plotseling in het jaar 1960 optrad, het jaar waarin Philips — zoals later uit de discussie bleek — de eerste-dag-controle achterwege liet. Bij dit korte verzuim is zelden sprake van duidelijk gedefinieerde ziekten. Het kwam spreker dan ook gewenst voor een onderscheid te maken tussen kortdurend arbeidsverzuim en langdurige ziekte. Aangezien de werknemer alleen wegens ziekte mag verzuimen, wordt de huisarts ook bij arbeidsverzuim geroepen, hetgeen uiterst frustrerend is. Spreker stelde ter discussie of de bestrijding van het arbeidsverzuim bij de huisarts thuis hoort.

Hierna gaf inleider een overzicht over de uitbreiding van het werkteerrein van de huisarts. Zijn curatieve zorg was vroeger bij psychische en somatische ziekte uitsluitend individueel gericht. Door het onderkennen van de invloed van de naaste omgeving bij het optreden van psychosomatische ziekten werd vooral bij de diagnostiek, maar soms ook bij de therapie, de naaste omgeving van de patiënt betrokken, waarbij soms de maatschappelijke werker werd ingeschakeld. Thans moet de huisarts zich ook op de maatschappij oriënteren. Hij moet haar negatieve invloeden leren bestrijden, haar therapeutische mogelijkheden leren onderkennen en weten welke maatschappelijke hulpkrachten hij kan mobiliseren. De inleider stelde ter discussie of het gewenst is, dat de huisarts de arbeidssituatie in zijn diagnose en therapie verdisconteert.

Spreker heeft medegewerkt in een groep bestaande uit huisarts, bedrijfsarts, personeelschef en maatschappelijk werker; uit hun onderzoek bleek dat pathologisch veel verzuim meer dan van een gestoorde arbeidssituatie, vaak uiting is van grote persoonlijke ellende. Zeker is het belangrijk dat de huisarts de arbeid tracht te betrekken in zijn therapie en dat hij moet beseffen, dat het verzuim de patiënt maatschappelijk te revalideren, tot een maatschappelijke desintegratie kan leiden.

Dr. J. de Jongh, arts in algemene dienst TNO, sprak over het thema „Is een scheiding tussen behandeling en controle wel juist?” Hij wees er onder andere op dat de opvattingen hierover in de loop der tijden wel zijn veranderd en citeerde de hierop betrekking hebbende zin uit de laatste editie van „Medische ethiek”, dat het wel op de weg van de behandelende geneesheer ligt om werkhervatting te adviseren. Hiervoor dient de huisarts echter een goede voorstelling van het arbeidsmilieu van de patiënt te hebben. Intensief contact met de bedrijfsarts, vooral bij langdurig ziekteverzuim, is van groot belang. Spreker ziet de meest effectieve controle niet in een eerste-dag-controle en ook niet in een premiesysteem, maar in een goede samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts, welke de herintegratie van de patiënt in het arbeidsproces mogelijk maakt. Het besluit behandeling en controle gescheiden te houden veroorzaakte een gebrek aan belangstelling van de behandelend arts voor het probleem arbeidsverzuim en betekende eigelijk een verarming van zijn werk.

De stijging van het arbeidsverzuim is het gevolg van tal van factoren zoals de behoefte van de moderne mens om vrij te zijn, de grotere onafhankelijkheid van de werknemer, de minder hechte relatie tussen werknemer en werk en de moeilijkheid de werknemer actief en creatief in het bedrijf te betrekken. Het stijgen van het arbeidsverzuim beschouwde spreker als een normaal onderdeel van de veranderingen, welke de maatschappij ondergaat en niet als een onverwacht of schadelijk gevolg ervan. Wel betekent het toegenomen arbeidsverzuim een belasting van de artsen, waarvan wordt verwacht, dat zij meewerken het probleem van het arbeidsverzuim op te lossen.

Prof. Dr. I. Gadourek, hoogleraar in de sociologie te Groningen behandelde „de sociaal-psychologische en sociologische aspecten van het ziekteverzuim”. Hij trachtte dit probleem door enquêtes op verschillende manieren te benaderen. Bij een enquête in 1958 bij 13.000 Nederlanders bleek dat de arbeider tweemaal zoveel de huisarts consulteert dan de zelfstandige. Aangezien deze getallen echter ook van toepassing zijn op de niet in loondienst werkende vrouwen, is er geen verband tussen frequenter artsenbezoek en ziekteverzuim te trekken. De verzuimfrequentie kan tussen verschillende bedrijven 300 procent verschillen. Als oorzaak hiervoor kon spreker niet aantonen dat de jongere generatie meer ziekteverzuim had door minder verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van het werk. Evenmin bleek dat sympathie voor de groepsleider of het prestige van een groep een gunstige invloed op het ziekteverzuim had. Geringe bevrediging door het werk verhoogt de frequentie van de psychosomatische klachten, maar niet zonder meer het arbeidsverzuim.

Stress-situaties verhogen het arbeidsverzuim, bijvoorbeeld werk in ploegendienst, zwaar werk, haastwerk en stoffig werk. Bij individueel stukloon wordt meer verzuimd dan bij groepsbeloning. Ook onzekerheid in de werksituatie verhoogt het verzuim, bijvoorbeeld bij eerste generatie industriearbeiders (ex-agrariër) of op afdelingen met een groot personeelsverloop.

Tenslotte vestigde spreker er de aandacht op dat de negatieve correlatie van grote werkeloosheid en laag arbeidsverzuim niet zonder meer op een veranderde mentaliteit of gebrek aan verantwoordelijkheid behoefte te wijzen. Het feit dat tijdens de hoogconjunctuur personen te werk worden gesteld die voordien niet geschikt waren, kan stellig ook van invloed zijn op het toenemen van het ziekteverzuim. Van welke kant men dit probleem ook tracht te benaderen, een correlatie is moeilijk aan te tonen.

In een heldere nabeschouwing en samenvatting gaf Prof. J. de Groot, hoogleraar in de arbeidshygiëne en arbeidsfysiologie te Groningen, een indruk over de financiële gevolgen van het arbeidsverzuim dat bijvoorbeeld in 1964 f 6.890.000 aan uitkering vereiste. Hij wees er op dat behoefte aan rust niet zonder meer luiheid hoeft te zijn, maar ook een onlustverschijnsel kan zijn of een verdedigingsmechanisme in moeilijke fysieke, psychische of emotionele situaties. Hierbij dient men wel te bedenken, dat de moeilijkheden objectief te groot kunnen zijn of de capaciteiten om deze op te lossen te gering. Spreker had de indruk dat van het curatieve element van de arbeid te weinig gebruik wordt gemaakt. De huisarts die rust voorschrijft dient deze als een medicament te doseren. Uiteraard is de huisarts geen maatschappelijk politieagent, maar hij moet wel trachten de patiënt maatschappelijk — in de arbeid — te revalideren, anders onttrekt hij zich aan zijn verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij.

H. G. Frenkel-Tietz

ARTSENCURSUS ROTTERDAM

Op zaterdag 5 november 1966 zal in het auditorium van het Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam een studiedag worden gehouden. In de ochtendvoordrachten zullen enige aspecten van geneesmiddelen worden belicht, welke bij het voortdurend krachtiger worden van de ontplooiende werking van groter belang worden voor de arts: juiste indicatiestelling, mogelijkheid van over het doel heenschieten door te sterke werking en overgevoeligheidsreacties. De middagzitting biedt een voordrachtencyclus over pijnbestrijding, waarbij psychologische, farmacotherapeutische en neurochirurgische aspecten ter sprake zullen komen.

Op deze studiedag, welke te 9.30 uur aanvangt en te 16.00 uur zal worden beëindigd en waarop alle belangstellende artsen welkom zijn, spreken: Dr. W. H. Birkenhäger (gebruik en misbruik van diuretica), Dr. S. J. Nijdam (gebruik en misbruik van psychofarmaca), Prof. Dr. L. H. Jansen (overgevoeligheid door geneesmiddelen), Dr. J. Gerbrandy (diagnostiek van de pijn), Prof. Dr. G. A. Ladee (psychologie van de pijn), J. B. Lenstra (farmacotherapie van de pijn) en Dr. S. A. de Lange (neurochirurgische mogelijkheden bij de pijnbestrijding).

Inschrijvingen dienen te geschieden vóór 22 oktober door middel van storting van f 15, — (lunch, benevens gebundelde teksten van de voordrachten inbegrepen) op postgiro 47 17 21 ten name van de penningmeester van de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam.

DOORLOPENDE AGENDA*

21-22 oktober Boerhaave-cursus Dermatologie voor huisartsen II. Leiden.

27-28 oktober Boerhaave-cursus Uitheimse ziekten in Nederland. Leiden.

29 oktober Congres voor huisartsen uit de drie noordelijke provincies. Drachten, de Lawei.

** 3-4 november Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling: Bevolkingsgroei en Volksgezondheid. Eindhoven, Hotel Cocagne.

5 november Studiedag. Commissie voor de Artsencursus Rotterdam. Rotterdam, Dijkzigt Ziekenhuis.

10-11 november Boerhaave-cursus Oligofrenie. Leiden.

18-19 november Lustrumcongres N.H.G. Amsterdam. Congrescentrum R.A.I.

* De redactiecommissie van huisarts en wetenschap stelt het op hoge prijs wanneer organisatoren van artsencursussen, studiedagen, conferenties, enzovoort, welke een meer dan lokaal karakter hebben en welke voornamelijk op de huisarts zijn gericht, hun programma's voor vermelding in deze agenda tijdig willen zenden aan het redactie-secretariaat, Keizersgracht 327, Amsterdam-C.

** Eerste vermelding in deze agenda.