

huisarts en weten- schap

MAANDBLAD VAN HET
NEDERLANDS HUISARTSEN
GENOOTSCHAP



Huisarts en bureaus voor de geestelijke volksgezondheid

DOOR DR. S. SANTEMA*

Inleiding. Op verschillende niveaus wordt druk studie gemaakt van de structuur van de geestelijke gezondheidszorg. Centraal staat daarbij de gedachte, dat door een overzichtelijke organisatorische opzet de verwijsmogelijkheden kunnen worden vergemakkelijkt en de behandelingsmogelijkheden ten volle kunnen worden benut.

De huidige organisatie is zowel voor de cliënt casu quo patiënt als voor de verwijzer ondoorzichtig. Voor alle kleine deelgebieden bestaan afzonderlijke bureaus, die nog weer zijn opgesplitst naar levensbeschouwing.

Het past geheel in deze tijd, dat omtrent deze problematiek verschillende rapporten verschijnen. Hierin wordt evenwel naar mijn mening het vraagstuk te veel van „bovenaf” benaderd. Essentieel is, dat de totale materie van „onderaf”, vanuit de cliënt en de verwijzende instantie, wordt bestudeerd. Hierdoor krijgt de studie omtrent de organisatorische structuur een functionele onderbouw.

Onzerzijds is thans nagegaan welke moeilijkheden zich voordoen bij de verwijzing door de huisarts naar een van de bureaus en welke verbeteringen hierin kunnen worden gebracht.

Communicatiestoornis. Uit contacten met de verschillende bureaus en een groep huisartsen bleek, dat de oorzaken van onvoldoende communicatie tussen bureaus en huisartsen in twee groepen zijn te rangschikken.

Oorzaken bij de organisaties. Over het algemeen

wordt de huisarts te weinig ingelicht over de bemoeiing met de cliënt casu quo patiënt. Als gevolg daarvan ontstaat bij de huisarts geen inzicht in de werkwijze van en de mogelijkheden binnen de bureaus. Daarnaast moet worden geconstateerd, dat de relatie van de huisarts met de bureaus zeer onpersoonlijk is. Hij verwijst immers naar een bureau en niet naar een persoon. Daarbij komt, dat de verschillen in werkwijze van de bureaus met dezelfde doelstelling, maar naar levensbeschouwing onderscheiden, het beeld voor de huisarts zeer verwarrend maken. Tenslotte is geen enkele dienst 24 uur per dag beschikbaar.

Voor verschillende bureaus is dit geen bezwaar; voor bijvoorbeeld de sociaal psychiatrische diensten echter wel, in verband met de acute psychiatrie. Juist op het moment dat de huisarts de dienst om advies wil vragen — en dat is met betrekking tot de acute psychiatrie vaak op een weekend of na vijf uur 's middags — is die dienst onbereikbaar. Dit veroorzaakt een negatieve instelling bij de artsen ten aanzien van de desbetreffende organisaties.

Oorzaken bij de huisartsen. In de eerste plaats moet worden geconstateerd dat de huisarts onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden tot hulpverlening van de onderscheidene bureaus. Over het algemeen is hij te weinig „geestelijke volksgezondheid-minded”, wat meestal zijn oorzaak vindt in een onvolledige kennis. Het gevolg hiervan is, dat een zekere aarzeling bestaat om deze diensten in te schakelen, ook al omdat de huisarts moeilijk kan beoordelen wat de meest geeignende instantie is, waarnaar moet worden ver-

* Directeur-arts Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Utrecht.

wezen. Dit alles leidt ertoe, dat de hulpzoekende niet altijd de juiste verwijzing en daarmee de juiste dienstverlening krijgt.

Verbetering van relatie.

Op lange termijn. Zoals is geconstateerd, ligt de oorzaak van de communicatiestoornis zowel bij de organisaties als bij de verwijzers. Verbetering zal dan ook haar aangrijpingspunt moeten vinden bij beide. Enerzijds vraagt dit een grondige studie van organisatorische structuur en werkwijze van de totale geestelijke gezondheidszorg en anderzijds een kennisvermeerdering van de verwijzende instanties. Beide aspecten hebben de volle aandacht. Binnen de landelijke overkoepelende organisaties vindt reeds bezinning op de structuur plaats en bij de herziening van de opleidingen krijgt de geestelijke volksgezondheid steeds meer aandacht. Deze processen vragen tijd. Ondertussen vindt evenwel de hedendaagse groep hulpzoekenden weinig baat bij al deze studies. Daarom zal op korte termijn iets moeten worden gedaan.

Op korte termijn. Verbetering van de relatie tussen de bureaus voor de geestelijke volksgezondheid en de huisartsen moet op korte termijn tot stand worden gebracht. Door confrontatie met elkaanders problematiek kan een gedachtenwisseling ontstaan, die voor beide partijen gunstig kan zijn. Dit is geen nieuwe gedachte. In de rapporten over het consultatiebureauwezen van de Kon. Ned. Mij. t. b. d. Geneeskunst wordt de samenwerking reeds benadrukt.

Proefneming te Utrecht. In overleg met het Nederlands Huisartsen-Instituut (N.H.I.) werd een groep van twaalf huisartsen in de stad Utrecht en naaste omgeving bereid gevonden, relaties te leggen met de bureaus voor medisch-opvoedkundige zorg (M.O.B.), sociaal-psychiatrische zorg (S.P.D.), zwakzinnigenzorg, levens- en gezinsmoeilijkheden (L.M.-bureaus) en alcoholisme.

In een eerste bijeenkomst presenteerden deze bureaus zich aan de huisartsen door in het kort iets te vertellen over doelstelling en werkwijze. Verder werd aan iedere huisarts een zogenaamde spreekkamerkaart uitgereikt, waarop alle gegevens van de bureaus staan vermeld. Om de onpersoonlijke relatie te doorbreken, staat op deze kaart de contactpersoon van elk bureau afzonderlijk vermeld, zodat de huisarts weet wie hij in eerste instantie kan benaderen.

Na deze algemene oriëntatie werd met elk bureau afzonderlijk een discussie-avond belegd. Hierop werden de medewerkers van de bureaus voorgesteld. Daarbij werd uitvoerig mededeling gedaan omtrent opleiding en taak van een p.s.w. (psychiatrisch geschoold maatschappelijk werker), een sociaal-pedagoog (maatschappelijk werker in de zwakzinnigenzorg), een districtsverpleegster en anderen. Dit werd belangrijk geacht, omdat bekendheid met de achtergronden van

waaruit paramedische functionarissen werken, essentieel is om met hen in teamgeest samen te werken. Vervolgens werden vier thema's aan de orde gesteld.

1. *Hoe wordt een cliënt casu quo patiënt het beste door de huisarts aan een bureau aangeboden.* Van de kant van de huisartsen werd de vraag gesteld of een verwijsbrief met uitvoerige anamnese en gegevens over gezinsstructuur en dergelijke door de bureaus op prijs zou worden gesteld. Uit de discussie kwam naar voren dat een uitvoerige verwijsbrief in het algemeen niet de voorkeur verdient. Het verstrekken van gegevens moet vanuit de patiënt zelf plaatsvinden. Geschiedt dit niet, dan is de relatie met en daarmee de hulpverlening aan de cliënt niet optimaal. De medewerker van het bureau kan in zijn benadering tot de cliënt geremd zijn, wanneer hij tengevolge van de uitvoerige gegevens van de huisarts weet dat, door het niet-spontaan mededelen van bepaalde situaties door de cliënt zelf, er een barrière bestaat tussen hem en de hulpzoekende. De conclusie was dan ook, dat de huisarts in de verwijsbrief kan volstaan met enkel medische of sociaal-medische gegevens en eventueel enkele saillante punten uit de sociale anamnese.

Wel werd hierbij van de zijde van de bureaus de moeilijkheid gesignaleerd om naderhand van de huisarts enige inlichtingen te verkrijgen. Het niet-kunnen bereiken van de huisarts op een geschikt moment leidt bij de bureaufunctionarissen veelal tot het achterwege laten van het vragen van die inlichtingen. In het kader van het opbouwen van een samenwerking verklaarden de huisartsen zich bereid alle gewenste inlichtingen telefonisch te verschaffen tussen 8 en 9.30 uur 's morgens. Ook kan op dit tijdstip een afspraak worden gemaakt voor een mondeling onderhoud.

2. *Wat omvat de hulpverlening van de bureaus.* Uitvoerig werd mededeling gedaan omtrent de werkwijze en de behandelingsmogelijkheden van de verschillende bureaus. Vooral op het aandeel van de paramedische krachten werd nader ingegaan.

Van de zijde van de huisartsen kwam als bezwaar naar voren, dat de hulpverlening van de bureaus vaak zeer langdurig is en dat gedurende die tijd taal noch teken omtrent de hulpverlening of de diagnosestelling wordt vernomen. De huisarts die op ander gebied dan weer contact krijgt met de patiënt of zijn gezin, ondervindt die onwetendheid als onprettig.

De functionarissen van de bureaus onderkennen dit euvel. Zij zegden toe, na te zullen gaan op welke wijze hieraan kan worden tegemoetgekomen. Gedacht wordt aan een tussentijdse rapportage. Een tweede bezwaar van de huisartsen was een doorverwijzing naar een ander bureau zonder dat de huisarts daarvan in kennis wordt gesteld. Afgesproken werd een dergelijke verwijzing direct door te geven aan de huisarts.

3. *Hoe kan het beste informatie over de diagnose casu quo de bereikte resultaten aan de huisarts worden gegeven.* Van de zijde van de bureaus werd nu de vraag gesteld, wat de huisarts verwacht van de rapportage over een behandelde cliënt. Verwacht hij een brief met uitvoerige gegevens, zoals hij gewend is van de collega-specialist of verwacht hij meer een samenvatting van hetgeen met de cliënt is gedaan, met een iets uitvoeriger beschouwing over diagnose en behandelingsmogelijkheden.

De huisartsen waren unaniem van mening, dat bij de rapportage centraal moet staan datgene wat voor de huisarts van belang is. De ene keer zal dit uitmonden in een lang, een andere keer in een vrij kort rapport. Uniformiteit is hier niet mogelijk. Korte rapportage met mondelinge doorspraak kan in bepaalde gevallen ook worden overwogen.

4. *„Mental health-consultation”.* Vooral van de zijde van de jonge huisartsen werd de vraag gesteld, in hoeverre het mogelijk is de kleine psychiatrie zelf te bedrijven, wetende dat men steeds advies van deskundigen kan vragen omtrent de behandeling in de huisartspraktijk. Alhoewel dit vraagstuk vele bijzondere aspecten biedt, zagen de functionarissen van de bureaus op dat moment geen kans de „mental health-consultation” te realiseren. Bovendien bevindt deze wetenschap zich nog in een experimentele fase. Wel waren de functionarissen van de bureaus bereid de huisartsen in voorkomende gevallen van raad te dienen.

Uit de vijf discussie-avonden bleek duidelijk dat dergelijke contacten nuttig zijn, niet alleen voor de huisartsen, maar ook voor de functionarissen van de bureaus. Bij de laatstgenoemde groep is

meer inzicht ontstaan voor de noodzaak om huisartsen zoveel mogelijk bij hun werk te betrekken. Dit beperkt zich natuurlijk niet tot de groep van de twaalf huisartsen, maar heeft een veel algemenere strekking.

Slotbeschouwing. De in dit artikel beschreven proefneming moet worden gezien als een aanzet tot voorlichting op grotere schaal. Afgewacht zal moeten worden in hoeverre deze discussie-avonden effect sorteren.

Gezien evenwel de omvang en de positieve selectie van de groep huisartsen, kan uit dit experiment slechts een indruk worden verkregen. Deze is zeer positief.

Voorlichting op grote schaal, zoals hier beschreven, die moet uitmonden in meer samenwerking, stelt echter bijzondere eisen aan de bureaubezetting. Door deze voorlichting zal het aanbod van cliënten en patiënten ongetwijfeld toenemen. Daarom is een zekere temporisering in de voorlichting gewenst, opdat de bureaubezetting zich steeds aan de toenemende vraag kan aanpassen.

Het verdient aanbeveling te overwegen dergelijke discussie-avonden in regionaal verband te houden. Op deze wijze wordt een hiaat in de kennis van huisartsen opgevuld en — wat even belangrijk is — zij worden gemaakt tot volwaardige gesprekspartners in het zoeken naar een efficiënte structuur van de verschillende organisaties voor de geestelijke volksgezondheid. Dit draagt dan tevens de mogelijkheid in zich om tot een vaste samenwerkingsvorm te komen van alle bureaus met alle huisartsen. Niet in de laatste plaats is de hulpzoekende hiermede ten zeerste gebaat.

Samenwerking

DOOR DR. R. S. TEN CATE, HUISARTS TE WASSENAAR

Sinds ruim een jaar bestaat in Wassenaar een samenwerkingsproject tussen wijkverpleegsters en huisartsen. De kiem hiervan werd gelegd toen wij op het N.H.G.-congres in 1967 van de wijkverpleegster mejuffrouw Van Veen en de huisarts Frankenberg een voordracht hoorden over een dergelijk project in Assen. Mede naar aanleiding van onze eigen ervaringen meenden wij, dat een frequenter contact tussen deze twee disciplines wenselijk zou zijn, zonder dat ons nu direct een bepaalde vorm voor ogen stond waarin deze samenwerking zou zijn te verwezenlijken.

De gemeente Wassenaar met ruim 26 000 inwoners telt elf huisartsen en zeven wijkverpleegsters, van wie vijf zijn verbonden aan het Groene en twee aan het Wit Gele Kruis. Elke Kruisvereni-

ging heeft een eigen wijkgebouw, maar sinds kort is een stichting „Het Wassenaarse Kruiswerk” tot stand gekomen waarvan beide verenigingen deel uitmaken. Deze stichting wil komen tot één gezondheidscentrum in plaats van de twee wijkgebouwen. De bezinning op samenwerking kwam dus ook wat betreft op een gunstig moment.

Als eerste stap werd besloten eenmaal per maand op een vaste tijd in een der wijkgebouwen een bijeenkomst te houden, waarvoor alle huisartsen en wijkverpleegsters worden uitgenodigd. De administratie van een der Kruisverenigingen zendt hiervoor maandelijks een convocatie. Ondanks dat blijft de opkomst van de huisartsen beneden het verwachte. Terwijl de wijkverpleegsters steeds allen aanwezig zijn, zijn er enkele huisart-