

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 dit 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-

sen die zelden komen, een paar die af en toe komen en ongeveer vijf die steeds aanwezig zijn. Hier doet zich dus dezelfde tendens voor als bij de maandelijke refereravond: een aantal huisartsen heeft kennelijk geen behoefte aan groepsbesprekingen en anderen die hieraan wel behoefte hebben, brengen het toch niet op om steeds aanwezig te zijn. Een dergelijk verschijnsel doet zich in vele, zo niet in alle artsengemeenschappen voor.

Op de bijeenkomsten die ongeveer een uur duren, wordt eerst een algemeen onderwerp besproken en/of ter discussie gesteld. Daarna is er gelegenheid om onderling gegevens over de patiënten uit te wisselen. Van dit laatste wordt steeds gebruik gemaakt. Veelal zijn het de wijkverpleegsters die van de huisartsen nadere inlichtingen over de patiënten willen verkrijgen, maar vaak ook horen de huisartsen bijzonderheden over hun patiënten die hen nog niet bekend waren.

In Wassenaar bestaat geen Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.); voor onze probleemkinderen waren wij aangewezen op de M.O.B.'s in Den Haag of Leiden. De verbindingswegen zijn lang en de capaciteit is beperkt, zodat hierdoor niet in onze behoefte aan deskundige hulp werd voorzien.

Al jarenlang bestond echter een adviesbureau voor opvoedingsmoeilijkheden uitgaande van het Groene Kruis en geleid door de kinderarts J. C. M. Josephus Jitta-van Marle. Hieraan was tevens een der wijkverpleegsters verbonden, die zich op het gebied van maatschappelijk werk had georiënteerd. De huisartsen maakten regelmatig gebruik van de gelegenheid om patiëntjes, voor wie het M.O.B. als „te zwaar” werd bevonden, naar dit bureau te zenden. In overleg met de kinderarts en de desbetreffende wijkverpleegster werd dan een behandelingsschema uitgestippeld.

Er ontstond nu een plan om het bureau uit te breiden met een psychiater en een psycholoog, waarna het als een voorpost van het M.O.B. zou kunnen functioneren. Door de Kruisverenigingen werd vervolgens contact opgenomen met de M.O.B.'s, die gaarne bereid waren hun steun te geven en met de directeur van het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (N.I.K.) te Den Haag *Van Meurs*, die de consultatie als werkwijze in het plan introduceerde. Eén en ander resulteerde in de oprichting van een Jeugd Advies Bureau (J.A.B.), waaraan de bovengenoemde kinderarts, een psychiater, een psycholoog, twee psychiatrisch-sociale werksters en de eveneens bovengenoemde wijkzuster-sociaal werkster werden verbonden.

Aangezien de behoefte aan deskundige steun niet alleen bij de huisartsen bleek te bestaan, werd het J.A.B. toegankelijk gemaakt voor allen die door hun werk rechtstreeks zijn betrokken bij de ontwikkeling van het jonge kind: leerkrachten van lagere en kleuterscholen, schoolarts, artsen verbonden aan consultatiebureaus, kinderartsen, maatschappelijke werksters, wijkzusters en zielzorgers.

In Wassenaar bestaat nu de unieke situatie dat, vlak achter al deze werkers in de eerste linie, een multidisciplinair team van deskundigen wordt opgesteld die voor iedereen gemakkelijk toegankelijk zijn en met wie door persoonlijk contact een vruchtbare gedachtenwisseling over een probleemkind mogelijk wordt. Het team is dus in eerste instantie een consultatiepost, waarbij de consultatiemethodiek die *Van Meurs* heeft ontwikkeld, aan de praktijk kan worden getoetst. Interessant is dat ook andere dan de medische disciplines van deze methode zullen gebruik maken.

In de tweede plaats bestaat de mogelijkheid van eenvoudig onderzoek en korte behandeling en begeleiding, wanneer dit bij de consultatie noodzakelijk blijkt. In dat geval worden de ouders, de huisarts — wanneer hij niet reeds de consultvrager was — en al degenen die door hun speciale relatie tot het probleemkind kunnen bijdragen tot de oplossing van het probleem, ten nauwste erbij betrokken. Het team heeft hier dus ook een coördinerende taak ten aanzien van de werkers in de eerste linie.

In de derde plaats fungeert het team als verbindingsschakel met de meer gespecialiseerde voorzieningen op grotere afstand (bijvoorbeeld het M.O.B.). Het kan bemiddelend optreden bijvoorbeeld bij overplaatsing naar scholen voor bijzonder onderwijs.

Tenslotte zal in de toekomst moeten blijken of het team een bijdrage kan leveren tot de primaire preventie door het conditioneren van de verschillende groepen consultvragers voor de gevaren die het opgroeiende kind bedreigen. Dit zal natuurlijk afhangen van de relatie die zich tussen deze consultvragers en het team zal ontwikkelen. Het gehele project wordt als ontwikkelingsproject in de komende vier jaar gesubsidieerd door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De wetenschappelijke begeleiding geschiedt door het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (N.I.K.).

De oprichting en het doen functioneren van het bureau was diverse malen het centrale onderwerp in de bijeenkomsten tussen wijkverpleegsters en huisartsen, op één waarvan *Van Meurs* zelf zijn gedachten over de consultatiemethode kwam toelichten.

Een ander centraal gesprekspunt in de maandelijke bijeenkomsten is de voorlichting aan patiënten. *Bremer* heeft twee artikelen gewijd aan de patiëntenbibliotheek, te weten een bibliotheek bestemd voor medische voorlichting, die door de huisarts wordt ingericht ten behoeve van zijn patiënten. Tijdens onze maandelijke besprekingen besloten wij een dergelijke bibliotheek gezamenlijk op te richten. Als uitgangspunt gebruikten wij de door *Bremer* aangegeven catalogus. Door een onzer en een der wijkverpleegsters werd deze lijst besproken met de directrice van de Openbare Bibliotheek te Wassenaar. Hier en daar werd de lijst wat veranderd of aangevuld. Door de bibliotheek werd

een kostenraming gemaakt, de boeken werden ingekocht en zonodig gekartonneerd. De aanschaf van deze boekenrij werd door elf huisartsen tezamen bekostigd. Op de wijze zoals door *Bremer* werd aangegeven, werd een aantal catalogi in plastic band samengesteld. Iedere huisarts heeft in zijn wachtkamer een catalogus liggen, terwijl deze ook aanwezig zijn in de wachtkamers van de wijkgebouwen. De wijkverpleegsters hebben een exemplaar dat gemakkelijk is mee te nemen. Het bibliotheekje, door de huisartsen aangeboden aan de stichting „Het Wassenaarse Kruiswerk”, bevindt zich in een der kruisgebouwen, het wordt aldaar door een der personeelsleden beheerd. De patiënten kunnen op eigen initiatief of daartoe opgewekt door de huisarts of de wijkverpleegster, een boek lenen zonder lid behoeven te zijn van de Openbare Bibliotheek. Deze laatste heeft echter wel de zorg over de boeken op zich genomen, zij geeft zonodig adviezen over uitbreiding en dergelijke.

Op deze wijze is de „patiëntenbibliotheek” zoals door *Bremer* beschreven en gepropageerd, nu door samenwerking van huisartsen, wijkverpleegsters en Openbare Bibliotheek onder het bereik van alle 26 000 inwoners van Wassenaar gekomen.

Op een van de maandelijkse bijeenkomsten hebben beide „districts-reumazusters” onder wier gebied Wassenaar valt, iets verteld over hun werk

en over de mogelijke samenwerking met huisartsen en wijkverpleegsters. Ook de districtzuster van de kankerbestrijding hield een dergelijke voordracht, terwijl besprekingen met vertegenwoordigers van andere medische groeperingen, bijvoorbeeld de provinciale revalidatie, nog op het programma staan. Tweemaal werd een band van de fonodidactische dienst van het N.H.I. gedraaid.

Tenslotte moge nog worden gewezen op de rol welke een gecombineerde groep van huisartsen en wijkverpleegsters kan spelen in een gemeenschap. Als voorbeeld kunnen wij de bejaardenzorg noemen, waarbij uit een dergelijke groep waardevolle suggesties kunnen naar voren komen betreffende de plaatselijke organisatie van de bejaardenzorg.

Aan een samenwerking zoals in Assen geschiedt is natuurlijk wel eens gedacht, maar voorlopig willen wij onze eisen nog niet te hoog stellen. Deze maandelijkse besprekingen hebben als eerste doel dat huisartsen en wijkverpleegsters elkander beter leren kennen en elkaanders werk leren waarderen. De geanimeerde discussie na afloop van het centrale onderwerp leert ons, dat wij hiermede een goed eind op weg zijn.

Bremer, G. J. (1962). huisarts en wetenschap 5, 341; (1967) idem 10, 303.  
Meurs A. F. W. van (1968). huisarts en wetenschap 11, 348-352.

## Het erythema nodosum

DOOR J. F. H. SANDERINK, HUIDARTS EN DR. J. F. DE VOS, LONGARTS TE HENGELO (O)

*Inleiding.* De diagnose erythema nodosum is in de regel niet moeilijk te stellen. De huidaandoening is meestal gelokaliseerd aan de strekzijde van beide onderbenen, doch ook lokalisatie aan één extremiteit wordt gezien. De afwijkingen kunnen echter ook voorkomen op de bovenbenen, gluteaalstreek, voetruggen en verder op onder- en bovenarmen, ook dan voornamelijk aan de strekzijde.

De huidaandoening begint meestal met erytheem in de cutis, waarna spoedig erwt- tot nootgrote cutane en subcutane knobbels ontstaan. Deze knobbels kunnen confluëren tot vrij grote infiltraten die niet verweken of ulcereren. De huid boven deze infiltraten is rood tot blauwrood verkleurd en meestal glanzend gespannen. De knobbels voelen warm aan en zijn drukpijnlijk.

Het erythema nodosum begint in de regel acuut; het gaat vaak gepaard met koorts en met een verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten. Sommige patiënten hebben min of meer ernstige reumatoïde pijnen in de gewrichten, terwijl ook stoornissen van het maagdarmkanaal zoals braken, obstipatie en diarree worden gezien.

*Samenvatting.* Het erythema nodosum wordt besproken aan de hand van een aantal eigen patiënten. Sarcoïdose, geneesmiddelen en streptokokkeninfecties blijken het vaakst de oorzaak van het erythema nodosum te zijn.

Voor het begin van de huidverschijnselen zijn de patiënten soms moe en lusteloos, zij hebben geen eetlust. Ook infecties van keel en luchtwegen kunnen aan het erythema nodosum voorafgaan. Vooral bij ernstige gewrichtsklachten met koorts kan men aan gewrichtsreuma denken. De gewrichtspijnen bij erythema nodosum worden echter niet veroorzaakt door afwijkingen in het gewricht, doch door prikkeling van het periost van de proximale diafysen (*Greither*). De reuma-reacties zijn dan ook negatief.

*Wood* en medewerkers beschreven vijf patiënten met erythema nodosum, sarcoïdosis en gewrichtsklachten. Bij allen was de latex-fixatieproef nega-