

disparaître, jusqu'à ta conscience même du souvenir. Le néant. Tu vas retourner au néant".

Ik wil eindigen met op te merken, dat het sterfen soms ook heel vredig kan verlopen. Robert Louis Stevenson heeft dit in zijn gedicht „Requiem” als volgt beschreven:  
„Under the wide and starry sky  
Dig the grave and let me lie.  
Glad did I live and gladly die,  
and I laid me down with a will.  
This be the verse you grave for me:  
Here he lies where he longed to be:  
Home is the sailor, home from the sea  
and the hunter home from the hill.”

Exton-Smith, A. N. (1961) Lancet II, 305.  
Hinton, J. Dying. Penquin Books, Harmondsworth, 1967.  
Hinton, J. Distress in dying. Medicine in old age. Ed. Pitman, London, 1965.  
Munnichs, J. M. A. Leven en eindigheid. Het Spectrum, Utrecht, 1965.  
Saunders, C. Care of the dying. Nursing times reprint, 1959.  
Saunders, C. (1963). Proc. Roy. soc. Med. 56, 191.  
Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. Prescriber's Journal 4, 68.  
Saunders, C. Telling patients. District nursing reprint, 1965.  
Saunders, C. Geront. Clin. 9, 385.  
Schouten, J. (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 704.  
Schreuder, J. Th. R. Oorzaken en gevolgen van de veroudering. Inaug. rede. Stafleu, Leiden, 1969.  
Worcester, A. The care of the aged, the dying and the dead. Charles C. Thomas Publ., Springfield, 1961.

## Contact tussen Nederlandse en Engelse huisartsen.

DOOR F. R. BAKKER, HUISARTS TE ROTTERDAM

### Een vergelijking van verschillende benaderingswijzen van de huisartsgeneeskunde

Van 14 tot 18 mei 1970 was een groep huisartsen uit Rotterdam en Omstreken met een aantal N.H.G.-functionarissen te gast bij de North East Faculty of the Royal College of General Practitioners (Newcastle en Omstreken). Deze bijeenkomst was de voortzetting van een eerder contact met deze groep huisartsen uit het Noord-Oosten van Engeland, vorig jaar in Rotterdam - (1969) huisarts en wetenschap 12, 196.

De bijeenkomsten, een initiatief van Engelse zijde en georganiseerd in samenwerking met het N.H.G.-centrum Rotterdam, hadden tot doel elkaars methoden en problemen ten aanzien van de huisartsgeneeskunde te vergelijken; uitgaande van de vooronderstelling dat de huisartsgeneeskunde als eigen discipline in beide landen op vergelijkbare wijze bestaat.

Terwijl de eerste bijeenkomst in Rotterdam vooral het karakter had van een verkenning van elkaars systemen van gezondheidszorg, was het tweede contact reeds veel intensiever. Dit werd vooral gestimuleerd door het onderbrengen van de Nederlandse huisartsen - met hun vrouwen - bij Engelse collegae, waardoor een intensieve gedachtenwisseling mogelijk werd. In dit artikel wordt een aantal min of meer persoonlijke indrukken van deze gedachtenwisseling weergegeven. Omdat de gedachtenwisseling in kleine groepjes of met individuen een alles overheersende rol speelde, wordt hier afgezien van een chronologisch verslag van het programma. Voor zover dit nuttig is, zullen onderdelen van het meer formele programma en passant ter sprake komen.

*Het onderkennen van gemeenschappelijke problemen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde.* In de huisartsgeneeskunde speelt de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt, zoals bekend, een voorname rol. Deze relatie is onder meer nodig om de patiënt de mogelijkheid te geven met zijn problemen, welke die ook mogen zijn, over de (communicatie-) brug te komen.

Natuurlijk hebben wij hier in wezen met een algemeen principe te maken; wil men op een niveau communiceren met (een) ander(en) waarop het mogelijk wordt wezenlijke problemen aan te roeren, dan dient de relatie onder meer gebaseerd te zijn op wederzijds begrip en vertrouwen. Het was opmerkelijk hoe goed de Engelse huisartsen, althans voorzover ik hen heb ontmoet, in staat waren van gedachten te wisselen over wezenlijke problemen ten opzichte van de huisartsgeneeskunde. Zonder meer bleek men bereid zijn

eigen functioneren en zijn eigen „filosofie” met betrekking tot de huisartsgeneeskunde ter discussie te stellen. Dit niet alleen ten opzichte van Hollandse collegae, wat met enige moeite terug te brengen zou zijn geweest tot „English politeness”, maar ook onderling.

Ik geloof dat wij hiermee het eerste probleem met betrekking tot de huisartsgeneeskunde al meteen hebben aangevoerd. Immers men kan niet tot de kern van de problematiek doordringen - laat staan tot oplossingen komen - als men niet bereid is wezenlijke problemen onder ogen te zien. Mijns inziens is dit in Nederland vaak nog te weinig mogelijk. De relatie tussen Nederlandse (huis)artsen is nog te vaak gekenmerkt door een zekere mate van wantrouwen; door de angst zichzelf bloot te geven en door een - daarmee samenhangende(?) - hang naar individualisme. Soms krijgt men het gevoel dat de „collegiale hoogachting” en de medisch-ethische gedragsregels worden gehanteerd als mechanismen om de werkelijke instelling en gevoelens te camoufleren.

Onder de indruk van dit verschil in mentaliteit heb ik verschillende Engelse huisartsen naar hun mening hierover gevraagd. Het bleek toen dat ditzelfde probleem ook in Engeland levensgroot had bestaan. Mijn gastheer Hodgkin, die zeer geïnteresseerd is in het gedrag van individuen, onder meer vanwege de grote relevantie van kennis van allerlei gedragspatronen voor de dagelijkse huisartspraktijk, vergeleek een gedrag als boven beschreven met het territorium-verdedigen, zoals dit bijvoorbeeld bij vogelsoorten voorkomt. Zelfs de zwakste vogels bijten furieus van zich af als hun eigen terrein wordt bedreigd. Nu zijn huisdokters geen vogels, zodat er mogelijkheden aanwezig zouden kunnen zijn om een dergelijk „instinctief” gedragspatroon te boven te komen.

Men meende in Engeland dat door de gezamenlijke strijd voor een „eigen gezicht” van de huisartsgeneeskunde en de grote vorderingen, die in dit opzicht werden bereikt, in de loop der jaren niet alleen de eigen identiteit, maar ook de saamhorigheid versterkt waren. Men meende dat vooral ook het afschaffen van de „two standards of medicine” (fondspatiënten - particulieren) onder de „National Health Service” en het samenwerken in groepsverband het wantrouwen verminderend, de communicatie bevorderend en stimulerend hadden gewerkt. De saamhorigheid had een wezenlijk fundament gekregen en hoefde niet door opgelegde gedragsregels uiterlijk in stand te worden gehouden. Mogelijk kunnen wij in Nederland hier nog lering uit trekken.

Voor de duidelijkheid is het misschien het beste de verdere problematiek, die zich kenmerkend in beide landen voordoet (of voordeed), enigszins te rubriceren en te zien hoe

men in Engeland deze problemen benaderde. De Nederlandse benadering wordt impliciet bekend verondersteld.

*De rol van de huisarts in de gezondheidszorg.* In de eerste plaats gaat het er natuurlijk om vast te stellen welke rol de huisarts in de gezondheidszorg speelt. Zowel in Engeland als in Nederland geldt, dat de huisarts ongeveer 80-90 procent van het morbiditeitsaanbod op zich neemt met zo'n duizend patiënten-contacten per maand. Op deze manier ziet de huisarts ongeveer 60-70 procent van zijn patiënten per jaar.

Deze getallen spreken natuurlijk voor zichzelf wat betreft de rol van de huisarts in de gezondheidszorg. Toch zijn getallen niet alleen zaligmakend; even belangrijk is vast te stellen wat die rol voor inhoud heeft. Men kan immers slechts over uitvoeringsmogelijkheden filosoferen als men de doelstellingen kent.

Zonder op details in te gaan kan men zeggen dat de doelstellingen, zoals die met name in N.H.G.-verband ten aanzien van de huisartsgeneeskunde zijn omschreven, in grote lijnen overeenkomen met wat men in Engeland over functie en inhoud van de huisartsgeneeskunde denkt. De continuïteit van de relatie met de patiënt en de integrale benaderingswijze komen, net als het onderkennen van het belang van de vertrouwensrelatie, duidelijk naar voren.

Toch zijn er met betrekking tot de uitvoeringsmogelijkheden van de doelstellingen duidelijke verschillen. Deze zijn ontstaan doordat de Engelsen, meer dan in Nederland is geschied, de doelstellingen, nader geoperationaliseerd in een aantal deeltaken - zoals ook door onder anderen Bremer bij ons is gedaan (de „twaalf deeltaken”) - heel consequent aan het dagelijks werk hebben getoetst.

Men zal niet veel moeite hebben met mij te onderschrijven dat het geven van een omschrijving van de taak en functie van de huisarts, zoals door het N.H.G. gedaan is, met begrippen als „continu”, „integraal”, „persoonlijke zorg” en „gezondheid” al of niet geoperationaliseerd in een aantal deeltaken, slechts bevruchtend kan werken als men de consequenties voor het dagelijks werk van de huisarts hieruit kan trekken. Gebeurt dit niet, of blijkt, bij toetsing aan de praktijk, een groot aantal deeltaken bij de huidige werkwijze niet uitvoerbaar, dan werkt dit uitermate frustrerend.

In Engeland heeft men dit duidelijk ingezien. Vooral de Royal College of General Practitioners heeft in deze veel werk verzet. Een belangrijk bijkomend facet voor de realisatie van een en ander is geweest het bestaan van de National Health Service. Wat men ook van dit systeem moge denken: een min of meer gecentraliseerde en gecoördineerde aanpak, gepaard gaande met belangrijke financiële steun, heeft blijkens mijn inlichtingen - verkregen van Engelse collega's - een belangrijke rol gespeeld bij het doorbreken van bestaande structuren en het realiseren van een nieuwe aanpak van de „eerste lijnsgeneeskunde”. De Royal College of General Practitioners heeft hierbij als „pressure group” een belangrijke rol kunnen spelen, omdat zij, zoals eerder gezegd, over een min of meer duidelijke en uitgewerkte visie nopens taak en functie van de huisarts beschikt(e).

In grote lijnen zou ik deze visie als volgt willen „vertalen” in drie benaderingswijzen: de integrale, logistieke en klinisoidie benadering.

*De integrale benadering.* Centraal in deze benadering staat het gegeven, dat, wil de huisartsgeneeskunde tegemoet komen aan zijn doelstelling van het leveren van een continue en integrale zorg voor de zich aan hem toevertrouwde patiënten in relatie met zijn gezin in woon- leef- milieu, een multidisciplinaire gecoördineerde aanpak een absolute noodzaak is. Het onderkennen van het bestaan van een balans tussen somatische en psychosociale aspecten bij ziekte en gezondheid speelt eveneens een belangrijke rol; evenals de wetenschap van de ingewikkelde multicondionele beïnvloeding van deze balans, waarbij vooral ook psycho-sociale factoren zo'n grote rol spelen.

Een multicondionele etiologie eist in deze visie een multidisciplinaire en vooral ook gecoördineerde aanpak. Hierdoor voorkomt men dat begrippen als „integraal” en daar mee ook „continu” - immers door de continuïteit van de patiënt-arts-relatie ontstaat de achtergrondkennis van patiënt

en gezin die onder meer het begrip integraal inhoud geven - tot louter mooie frasen worden gedegradeerd. Bovenstaande is één van de redenen - en wel de idealistische reden - waarom een multidisciplinaire en gecoördineerde aanpak in de vorm van groepspraktijken en gezondheidcentra, waar huisartsen met andere werkers en werksters „uit de eerste lijn” samenwerken, in Engeland zo goed van de grond is gekomen.

*De logistieke benadering.* Hebben wij in het voorgaande de idealistische overwegingen belicht, een belangrijke voorwaarde voor de werksatisfactie is uiteraard ook de verzorging van en de communicatie tussen degenen, die het werk moeten doen. Uiteraard vormde en vormt dit in Engeland, evenals bij ons, problemen. In Engeland zijn deze problemen krijgshaftig - vandaar de invoering van een term uit de krijgskunde voor deze benadering - en met veel feeling voor organisatie en reorganisatie aangepakt. Men meende dat een interne en externe reorganisatie nodig was om de huisarts zijn plaats als ruggegraat van de gezondheidszorg te laten behouden.

De *interne reorganisatie* zag men in de zin van groepsvorming met als voordelen: verdeling van kosten, betere praktijkorganisatie (gemeenschappelijk administratie- en kaartsysteem, gemeenschappelijke hulpkrachten, afspraak-sprekuren, onderlinge waarneming en dergelijke) en vermindering van het isolement (zoals bijvoorbeeld onderling overleg, betere onderlinge communicatie en collegiale verhoudingen, stimuleren van elkaar).

Wat betreft de *externe reorganisatie* noemt men vooral het verbeteren van de communicatie met de andere geneeskundige „echelons” evenals met de andere instellingen en instituten, die bemoeienis met patiënten hebben.

Door deze betere communicatie neemt niet alleen het wederzijds respect toe, maar ook de coördinatie van de zorg ten behoeve van het individu; ook de opleiding en de nascholing werden onderzocht op relevantie en daarmee onderwerp van reorganisatie.

De *nascholing* bijvoorbeeld is min of meer verplicht gesteld, althans in die zin dat men een bepaald aantal cursussen moet hebben gelopen om niet financieel te worden benadeeld (lagere salariering bij niet volgen van nascholing; de vraag is natuurlijk of dit wel een gelukkige manier van „stimuleren” is). Het aantal Engelse huisartsen, dat aan erkende nascholingscursussen deelneemt, ligt nu al boven de 90 procent.

In het gebied, waar wij te gast waren, bestond een uitgebreide „nascholings-catalogus”, waaruit men zijn eigen keuze van te volgen cursussen kon maken. Wat betreft de nascholingsmethodiek verkeert men nog duidelijk in het experimentele stadium; met name leek men ook steeds minder gelukkig met de „ex cathedra” benadering van een groep huisartsen door specialisten. Het symposium over bovenste luchtweginfecties, waarop de gezamenlijke Nederlandse en Engelse huisartsen werden vergast, was hiervan een weinig lichtend voorbeeld en stond dan ook van de zijde van de Engelse huisartsen aan veel kritiek bloot. Men wil in de overall bestaande nascholingscentra - aparte accommodatie voor huisartsen met bar enzovoort - komen tot een actieve participatie van de huisartsen met betrekking tot hun eigen nascholing. Inhoud en methodiek moeten hier zoveel mogelijk op worden afgestemd. In eerste instantie probeert men dit door onderwerpen door huisartsen zelf te laten voorbereiden en behandelen. Specialisten worden eventueel als gast uitgenodigd.

Ook de *opleiding* van huisartsen is evenals in Nederland, een „topic”. De strijd voor een „eigen gezicht” van de huisartsgeneeskunde binnen de muren van de universiteiten is bijzonder fel en hard. Slechts aan drie of vier universiteiten bestaat een aparte afdeling huisartsgeneeskunde. Mogelijk is dit in vergelijking met Nederland toch wel teleurstellende resultaat van alle inspanning, de zeer principiële instelling, welke men inneemt ten opzichte van de plaats van de huisartsgeneeskunde in de opleiding. Onder meer uit de lezingen van twee huisartsen, die verbonden waren aan de universiteit van Newcastle, bleek dat men zich niet als „klein vak” in een hoek wenste te laten drukken, maar dat

men de rol van de huisarts als een rode draad door de gehele opleiding zag lopen; bijvoorbeeld met reeds een grote inbreng in het eerste jaar. De huisartsgeneeskunde dus niet als samenraapsel van stukjes specialisme op huis-, tuin- en keuken-niveau, dat studenten min of meer als curiositeit ook eens moeten hebben gezien, maar een discipline, welke een voorname rol kan en behoort te spelen in het gehele basisonderwijs.

Dat dit voor de „traditionele set” moeilijk te verteren is, is natuurlijk duidelijk. Op zeven plaatsen kan men nu een beroepsopleiding variërend van twee tot drie jaren tot huisarts volgen na de basisopleiding.

Ook op het terrein van de *wetenschapsbeoefening* ontplooiën de Engelse huisartsen zoals bekend grote activiteiten. De eerder aangehaalde getallen over het aantal patiëntencontacten van de huisartsen, het morbiditeitsaanbod, dat de arts bestrijkt (80-90 procent) en het feit, dat hij een groot deel van zijn patiëntenpopulatie (60-70 procent) per jaar ziet, spreken volgens hen, terecht, boekdelen over de mogelijkheden van wetenschappelijk onderzoek en daarmee de nadere „ontginning” van het eigen arbeidsterrein.

Het is overigens opmerkelijk hoezeer een aantal gegevens uit morbiditeits-onderzoekingen in Engeland en Nederland overeenkomen. Zo kon bijvoorbeeld Oliemans hier op wijzen aan de hand van de gegevens uit zijn eigen onderzoek in de verhandeling, welke hij hierover in Engeland hield. Het zou mijns inziens uitermate nuttig zijn een intensiever contact over deze materie aan te gaan met als uitvloeisel gezamenlijk onderzoek met de Engelse huisartsen. Het zou hierbij kunnen gaan om een nadere exploratie van de inhoudelijk meer typische aspecten van de huisartsgeneeskunde, die in beide landen zoveel overeenkomst vertonen. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het relateren van morbiditeitsgegevens aan medische en psycho-sociale achtergrondgegevens van onder andere het gezin; het analyseren van de diagnostische en therapeutische procedure in de huisartspraktijk, welke procedure zo wezenlijk in haar accenten verschilt van de klinische benadering; het trekken van conclusies hieruit voor een eventuele multidisciplinaire aanpak enzovoort. Een eerste schoorvoetend begin werd reeds gemaakt betreffende een gezamenlijk visite-onderzoek met onze huisarts-gastheren, waarover de publicatie in dit blad in de toekomst zeker is te verwachten.

Tot slot van deze logistieke overwegingen nog enkele opmerkingen over de „verzorging”. Men meent in Engeland, evenals trouwens in Nederland, dat naar een optimale verzorging van de huisarts moet worden gestreefd. Men rekent hiertoe: een adequate salariëring, pensioenen, stimulerende en beloning van extra inspanningen (zoals wetenschappelijk onderzoek, nascholing,) betere voorzieningen (praktijkgebouw, instrumentarium enzovoort), (meer) hulpmiddelen en behoud van eigen gezinsleven. Op een aantal van deze zaken komen wij later nog kort terug.

*De klinisoid benadering.* Deze benadering, die wij slechts kort willen memoreren, omdat zij althans in onze beide landen niet al te veel aanhangers heeft, legt de nadruk op de klinische competentie die de huisarts moet herkrijgen om door een ieder en zichzelf te worden geaccepteerd en gerespecteerd. Degenen, die deze benadering voorstaan, menen dat de huisarts een stuk klinische geneeskunde op zich kan en moet nemen. Zij willen slechts genoegen nemen met een

specialistische verwijzing (op het somatische vlak) als dit per se niet anders kan. Een aantal huisartsen heeft eigen bedden in kleinere streekziekenhuizen. Er bestaat bij deze huisartsen de neiging zich in een of ander groter specialisme — bijvoorbeeld interne geneeskunde — min of meer te specialiseren; met name, zo krijgt men de indruk, omdat er bij hen een sterke voorliefde voor een meer zuiver somatische benadering van de huisartsgeneeskunde bestaat.

*Resultante van de benaderingswijze — Gecoördineerde gezondheidszorg, groepspraktijken en gezondheidscentra.* De resultante van alle genoemde benaderingswijzen is samenwerking en coördinatie. Verreweg de meeste Engelse huisartsen werken in groepsverband. In de North East Faculty was de alleenwerkende huisarts zelfs een uitzondering. De samenwerking bestond aanvankelijk in de zin van groepspraktijken „sec”, dus een functionele samenwerkingsvorm op het gebied van de praktijkvoering van een beperkt aantal huisartsen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een gemeenschappelijk praktijkgebouw en gemeenschappelijke hulpmiddelen. De oudste groepspraktijk in deze zin is in Engeland al meer dan honderd jaar oud.

Hoewel reeds in 1920 door een speciaal ingestelde commissie werd geadviseerd over te gaan tot het stichten van „Health Centres” duurde het nog tot 1946 voordat de National Health Service Act de „Local Authorities” de mogelijkheid (ook financieel) gaf tot het stichten van dergelijke centra over te gaan. Toch bleek de belangstelling voor een verdere coördinatie en multidisciplinaire aanpak van de „eerste lijns gezondheidszorg” nog zeer matig in deze centra, die „were to unify all medical and allied services provided for people in their own homes”. In 1964 bestonden er in Engeland nog slechts twintig van deze centra. Pas de laatste vijf jaren heeft men algemeen de stap gezet naar een gecoördineerde gezondheidszorg, geleverd vanuit dergelijke centra. Het gezaghebbende rapport van de Royal Commission on medical Education, dat in 1968 verscheen, vat de bestaande attitude in Engeland kernachtig samen „many who have thought seriously about the future of medicine now accept that the single-handed general practitioner and the traditional domestic or streetcorner consulting-room can have no place in the structure of good practice beyond the present generation. Nor will the small partnership be able in future to offer the skills and services needed for the effective practice of medicine...”

Een afspiegeling van het bovenstaande ziet men in de *tabellen I en II*.

De duidelijke neiging tot groepsvorming is ook gestimuleerd door de extra vergoeding (£200 per persoon per jaar), welke men krijgt als men met drie of meer artsen in een gemeenschappelijk praktijkgebouw werkt. In 1968 kreeg 46 procent van alle huisartsen een dergelijke vergoeding. Daarnaast bestaan er financiële tegemoetkomingen in de investeringen en rente-aflossingen. *Tabel III* geeft de totale bedragen van een en ander, besteed in 1964-1968, weer.

In 1948 werkten nog 70 procent van alle huisartsen „single handed”; in 1968 nog slechts 23 procent. Het werken van uit „Health Centres” werd aantrekkelijk gemaakt doordat deze gebouwen „purpose build” zijn, met andere woorden dat de bouwwijze is afgestemd op het doel: leve-

*Tabel I. Percentage changes 1961-1968\*.*

	Size of groups (number of general practitioners)					
	Solo	2	3	4	5	6 and over
1961	5162 (25.8)	6860	4311	2120	750	468
1968	4572 (22.5)	5448	5067	2864	1205	858
Percentage variation	-10	-21	+15	+34	+60	+83

\* Ministry of Health reports for 1961 and 1968.

ren van gecoördineerde gezondheidszorg in een multidisciplinaire aanpak („Health team”), waarvoor zij dienen, door de lage huur en doordat het grootste deel van het salaris van verpleegsters en andere hulpkrachten door de overheid wordt betaald (60 procent).

Het lijkt er op dat de dagen van de „single-handed-do-it-all-yourself” huisarts in Engeland voorbij zijn. Er zijn momenteel in Engeland meer dan 15.000 full-time en part-time secretaresses en receptionistes werkzaam voor de huisarts (aantal huisartsen in Engeland en Wales op 1 oktober 1968: 19.970).

De goedlopende afspraksprekuren, welke mede hierdoor mogelijk werden — meer dan 60 procent van de Engelse huisartsen werkt volgens een afspraksprekuren — hebben volgens enkele hiernaar ingestelde onderzoeken, geleid tot een wachttijd-verkorting voor de patiënten van 50 procent en een verkorting van de totale dagtaak van de arts door de geleide banen waarin zijn dagtaak verliep. Ook bij zogenaamde „slecht opvoedbare” bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld immigranten) functioneert het afspraksysteem goed.

Een gedeeltelijk afspraksprekuren blijkt ongunstiger in termen van consultation rates dan een volledig afspraak-systeem en wel door de zekere mate van vrijblijvendheid en verwarring, die aan de eerste methode zijn verbonden.

Opmerkelijk is overigens dat een besparing in personeel door de samenwerking van een aantal huisartsen in een groepspraktijk min of meer illusoir is gebleken. De door mij bezochte groepspraktijk van vijf huisartsen, die werkten in een van de „health centres”, had vijf dames als respectievelijk secretaresse en receptioniste in dienst. Bij een andere groepspraktijk van drie huisartsen waren dit er drie. Eigenlijk is dit niet verwonderlijk als men let op de veelheid van taken, welke deze dames op zich moeten nemen, zoals regelen van

de afspraken (eerste en herhalings-), herhalingsreceptuur, alle administratie (centraal kaartstelsel, inkomende en uitgaande post) en te woord staan van patiënten (telefonisch en in het centrum; optreden als „filter” voor de arts). Vooral het optreden als „filter” is een uitermate belangrijke en verantwoordelijke taak, die in ons land nog meestal door de huisarts zelf of zijn vrouw wordt vervuld. Belangrijk is namelijk dat men de patiënten enigszins kent. Dit kan alleen als er continuïteit in het werk bestaat. In Engeland onderschreef men dit volledig. Men stelde dan ook niet zoveel eisen aan de professionele kwaliteiten van de hulpkrachten (eerste klas typiste” enzovoort) alswel aan eigenschappen als: belangstelling, het vermogen om met mensen om te gaan, vriendelijkheid en vooral dus ook de mogelijkheid om dit werk op z'n minst een aantal jaren te kunnen olijven doen. In elk geval was de „supervisor” van de dames een vaste kracht. Het aantal getrouwde dames dat dit werk met graagte en volle overgave deed, was opvallend hoog.

Hecht men dus, evenals in Nederland, aan het belang van een persoonlijke benadering, dit kwam, vreemd genoeg, niet tot uiting in de inrichting en „aankleding” van de centra. De wachtkamer en receptie hadden te veel een stationskarakter, hetgeen nog werd versterkt door het hanteren van een oproepsysteem via luidsprekers. Ook de spreek- en onderzoekkamers waren — afgezien van het feit dat zij klein waren — gespeend van „personal touch”.

Het is niet geheel uitgesloten dat wij hier te maken hebben met een (of geen) „couleur locale”, aangezien ook aan de inrichting van de woonhuizen van de mensen (artsen zowel als patiënten) kennelijk — naar onze begrippen — weinig eisen worden gesteld.

Toch kon men op een van de discussie-bijeenkomsten met de Engelse huisartsen beluisteren dat met name de bovengenoemde zaken, de voornaamste waren, die in de loop der

Tabel II. Health Centres in England and Wales\*.

	Total **	Type of authority		
		County councils	County boroughs	London boroughs
I In operation and first opened:				
— Before 1948	10 (5)	6	1	3
— 1945-1959	10 (0)	3	5	2
— 1960-1963	8 (0)	1	6	1
— 1964-1967	26 (4)	16	8	2
— 1968	39 (4)	29	6	4
— total	93 (13)	55	26	12
II Being built	69 (7)	47	16	6
III Approved	67 (8)	43	19	5
Total ***	229 (27)	145	61	23

\* Ontleend aan M. Curwen & B. Bookes (1969) Lancet II, 945-948.

\*\* Figures in parentheses are for Wales; all but 6 of these are under county councils.

\*\*\* In operation by 1971.

Tabel III\*.

	1964	1969
a Group practice loans: contribution by central government	£ 800.000 approx.	£ 4.017.000 from 1968-1969 (included in b)
b Finance corporation loans	—	
c Improvement grants (central government contribution)	—	£ 300.000
d Reimbursement on rent and rates (financial year 1968-1969)	—	£ 4.100.000
	£ 800.000	£ 8.417.000

\* Uit: Reports from General Practice XIII; The Royal College of General Practitioners, May 1970.

jaren wat de opzet van de „health centres” betreft, de aandacht hadden getrokken en voor verandering ten goede in aanmerking kwamen.

Ook een practice nurse is al aan vele centra vast verbonden. In de door ons bezochte centra was dit eveneens het geval. Het is gebleken dat een dergelijke verpleegster, die in deze centra een eigen spreekkamer had, de huisartsen veel werk uit handen neemt. Men denkt dat een full-time nurse op vier tot vijf artsen voldoende is. Het blijkt dat de samenwerking met huisartsen de verpleegster veel meer „professioneel” aan bod doet komen, evenals andersom.

Wel signaleert men de neiging om, althans in onze ogen, erg veel op de verpleegster „af te schuiven”. Omdat elke huisarts weet dat vele, vaak ernstige gezins- of persoonlijke problemen via triviale klachten of aandoeningen worden gepresenteerd, zou hierin een gevaar kunnen zitten. De meeste Engelsen die ik hierover sprak zien dit gevaar niet. Zij menen dat een goede verpleegster, werkend in teamverband, evenzeer als de huisarts op dit soort zaken attent kan en moet zijn. Hun ervaring is dat zelfs de goede „receptionistes” de artsen vaak op bestaande problematiek, waarvan de arts geen weet heeft, attent maken.

Voor de samenwerking met de in Engeland bestaande „health visitor” — een soort vermenging van wijkverpleegster en maatschappelijk werk(st)er — geldt hetzelfde als eerder over de verpleegster werd gezegd. Het aan een „health team” verbonden zijn betekende ook voor hen betere communicatie met de artsen, meer tijd voor de patiënt, een verruiming en professionalisering van het werkterrein en een grotere werksatisfactie.

Hoe langer hoe meer gaat men er ook toe over te experimenteren met een „medical social care worker”. De tereinafbakening met betrekking tot de „health visitor” is nog een punt van onderzoek. Terloops vermelden wij nog dat aan de centra ook verloskundigen en chiroprodisten zijn verbonden. Taakverdeling binnen en uitbouw van het „health team” zijn punten, die voortdurend de aandacht hebben.

**Conclusie.** De confrontatie met de Engelse aanpak heeft ons geleerd dat men in vele opzichten glansrijk het experimentele stadium heeft overleefd en dat men inderdaad een aantal problemen heeft opgelost, met als belangrijke uitkomsten onder meer doorbreken van het isolement, onderlinge stimulatie, grotere efficiëntie en werksatisfactie en — wat het belangrijkste is — een optimalisering van de zorg voor de patiënt.

Er is meer professionele tijd van elk teamlid voor de patiënten die het nodig hebben, er is meer coördinatie en meer bezinning omtrent zijn eigen en anderzins inbreng.

De huisartsgeneeskunde heeft hierdoor, naar het schijnt, een nieuw — eigen — gezicht gekregen. Met veel zelfvertrouwen is (en kan) men nu ook de communicatie met de specialisten en universiteiten aan het verbeteren.

Tot slot moge nog worden opgemerkt dat ook de patiënten de nieuwe aanpak lijken te waarderen. De in Nederland zo gevreesde vervlakking van de arts-patiënt-relatie blijkt — althans door het publiek — niet als zodanig te worden ervaren. Hoewel in voorkomende gevallen bijvoorbeeld een patiënt iedere aanwezige arts van een groepspraktijk kan raadplegen, heeft iedere huisarts toch zijn eigen vaste patiëntenkring. Er is een neiging bij de patiënten om te spreken van „mijn groepspraktijk, of gezondheidscentrum” in plaats van „mijn huisdokter”. Klaarblijkelijk ziet men in dat het gehele team als zodanig bereid is zich voor de patiënt in te zetten en dat de patiënt hierbij wel vaart.

Wat de huisartsen zelf betreft, lijkt men over het algemeen geen spijt te hebben een stukje „vrijheid” — wat meestal betekent: individualisme en isolacionisme — te hebben opgeofferd. Een stuk bureaucrativering welke het (hoofdzakelijke?) gevolg was van het „National Health System” neemt men evenals een over het algemeen genomen, wat geringere salariering — soms wel morrend — op de koop toe.

De kennismaking met de ontwikkelingen in en van de huisartsgeneeskunde in Engeland moet de opmerkelijke Nederlandse toeschouwer toch wel met zorg over de toestand „thuis” met betrekking tot de huisartsgeneeskunde vervullen. Uit het grote aantal plannen dat bij het N.H.G. bekend is met betrekking tot het stichten van groepspraktijken moge blijken, dat een aantal van de geschetste ideeën ook in ons land leeft. Het aantal projecten dat van de grond komt is, zoals bekend, echter bijzonder klein, met name ook omdat financiële steun nog vrijwel ontbreekt. Dit is weer voor een belangrijk deel het gevolg van het feit dat een visie ten aanzien van de gezondheidszorg „in de eerste lijn” om redenen, die vooral ook in eigen boezem moeten worden gezocht, niet over het politieke voetlicht zijn gekomen. Hierdoor kan de overheid het zich permitteren slechts wat experimenten heren der financiële steun te verlenen. Er zou dan moeten worden gewacht op de uitkomsten hiervan, die dan nog liefst tien jaar „onderzoek” vergen, voorzover men enige wetenschappelijke waarde mag toekennen aan een half dozijn onvergelykbare projecten die mank gaan aan „self fulfilling prophecy”.

Als wij niet oppassen zal de huisartsgeneeskunde hoe langer hoe meer, zoals Sergent het kennachtig uitdrukte, verworden tot „a grab bag of things no one else wants to do”; ook een nieuwe generatie huisartsen in spe niet.

## REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELDOCUMENTATIE

**69-23. Der chronische Harnweginfekt und seine Behandlung mit Nibiol.** Rütte, B. von en I. Delmon (1968) *Schweiz. med. Wschr.* 98, 1864-1868.

Nibiol (=nitroxoline) wordt snel in de dunne darm gesorbeerd en in de urine uitgescheiden. Het is, ook in geringe concentratie, werkzaam tegen vele gramnegatieve en grampositieve bacteriën. De schrijvers kweekten bij driehonderd patiënten met een chronische urineweginfectie 328 kiemen (*E. coli*, *proteus vulgaris*, *pyocyanus*, enterokokken, stafylo- en streptokokken). Zij vonden ten opzichte van Nibiol 247 zeer gevoelige bacteriestammen, 67 matig gevoelige en dertien resistente stammen. Bij vijftig patiënten, die twee tot drie maanden met Nibiol waren behandeld voor een chronische urineweginfectie, bleek driemaal de ziektekiem ongevoelig te zijn geworden tegen Nibiol. De werkingsbreedte- en gevoeligheidsbepalingen in vitro lagen voor Nibiol gunstiger dan voor nitrofurane en nalidixinezuur.

Verslag wordt uitgebracht over de resultaten van de be-

handeling met Nibiol van tweehonderd patiënten. Van vierentwintig zieken met primair chronische pyelonefritis genazen zestien patiënten volledig, drie verbeterden en vijf bleven onbeïnvloed. Van zestien zieken met secundaire chronische pyelonefritis genazen er twee en verbeterden zes. Eenendertig patiënten met chronische cystitis lieten achttien genezingen zien met vijf verbeteringen en acht mislukkingen. Bij honderd lijdende aan prostatourethritis waren deze cijfers vierentwintig, zevenendertig en negentien; van negentwintig vrouwen met chronische urethritis genazen er zesentwintig, verbeterden er twee, en één bleef ongenezen. Van tweehonderd patiënten met een chronische urineweginfectie genazen er dus honderdenzes volledig (=geen klachten, geen pyurie en negatieve urinekweeken) bij drieënvijftig patiënten verdwenen de klachten, verminderde of verdween de pyurie, doch de urinekweeken bleven positief; éénentwintig zieken reageerden niet op de behandeling.

Als bijwerking zagen de schrijvers eenmaal tachycardie bij