

De samenwerking van een groep huisartsen en twee verpleegsters in de maatschappelijke gezondheidszorg (sociaal-geneeskundige verpleegsters)

DOOR G. M. FREY, VERPLEEGSTER, H. A. M. GROOT, VERPLEEGSTER EN V. C. TIELENS, HUISARTS*

Inleiding. De samenwerking tussen huisartsen en andere werkers in de gezondheidszorg of in het maatschappelijk werken is een belangrijk onderwerp van studie voor alle betrokkenen. Zulks blijkt uit talrijke publikaties waarvan moeten worden genoemd het rapport van het N.H.G., en van de nationale raad voor maatschappelijk welzijn onder de titel „Samenwerking huisarts-maatschappelijk werker”** en het rapport „Samen Zorgen” over de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegsters uitgebracht door het ministerie van sociale zaken en volksgezondheid.***

In beide rapporten wordt nog eens uitvoerig ingegaan op de noodzaak van samenwerking van de hulpverleners in het eerste echelon van de gezondheidszorg. Een probleem hierbij is de onoverzichtelijkheid en het ontbreken van vaste gemakkelijke communicatielijnen in de gezondheidszorg in het algemeen en in het eerste echelon in het bijzonder.

Daarboven wordt de discrepantie tussen het solitaire werken van de huisarts en het geïnstitutionaliseerd zijn van onder andere wijkverpleging en maatschappelijk werk ervaren als een nadelige factor om tot samenwerking te komen.

Het is tegen deze achtergrond dat wij een vorm van samenwerking willen beschrijven van een groep huisartsen en twee verpleegsters — werkzaam in de maatschappelijke gezondheidszorg, zodat men hen kortheidshalve sociaal-geneeskundige verpleegsters zou kunnen noemen — zoals deze gestalte heeft gekregen in de Philips medische dienst te Eindhoven.

De huisartsendienst omvat zestien huisartsen, drie vroedvrouwen, twee sociaal-geneeskundige verpleegsters en twee diëtisten. De huisartsen hebben ieder een eigen praktijk van ongeveer 2 500 ziekenfondsleden; zij oefenen hun praktijk uit in twee polikliniekgebouwen, zij worden daarbij geassisteerd door een praktijkassistente.

Binnen deze Philips medische dienst wordt gepoogd te komen tot een groepsgeneeskunde, waarbij vertegenwoordigers van de verschillende disciplines intensief samenwerken. Een van de vormen van deze samenwerking is die tussen de huisartsen en de twee sociaal-geneeskundige verpleegsters; deze samenwerkingsvorm zal thans nader worden beschreven.

Zoals de samenwerking is ontstaan. In vroegere

*Allen werkzaam bij de Philips medische dienst te Eindhoven, afdeling Huisartsendienst.

**Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1969.

***Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, nr. 27. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1969.

Samenvatting. Beschreven wordt een vorm van samenwerking van een groep huisartsen en twee sociaal-geneeskundige verpleegsters zoals deze gestalte heeft gekregen binnen de medische dienst van de n.v. Philips te Eindhoven. Na een korte schets van de historische ontwikkeling wordt dieper ingegaan op de praktische gang van zaken bij deze samenwerking. De verpleegster blijkt in deze een belangrijke hulpkracht voor de huisarts te zijn als intermediair tussen de patiënt en de vele organisaties op het terrein van de medisch-sociale en maatschappelijke gezondheidszorg. Tenslotte worden enige voorwaarden genoemd die voor het goed functioneren van deze samenwerking noodzakelijk zijn.

jaren werd de enquêtrice van het Philips consultatiebureau ingeschakeld, wanneer een van de huisartsen werd geconfronteerd met een probleem van verpleegtechnische of van medisch-sociale aard. Het werk breidde zich echter meer en meer uit en men achtte het daarom in 1961 noodzakelijk een verpleegster in volledige dienst voor de maatschappelijke gezondheidszorg aan te stellen. In 1965 werd een tweede verpleegster toegevoegd, die gedeeltelijk ook nog een taak had bij het Philips consultatiebureau voor zuigelingen. Toen in 1967 dit bureau werd opgeheven, werd ook zij volledig ingeschakeld in de maatschappelijke gezondheidszorg.

Door de groei en ontwikkeling van de plaatselijke Kruisverenigingen werd het mogelijk de verpleging van bedpatiënten voortaan aan de wijkverpleegster van deze verenigingen over te laten. De Philips verpleegsters konden nu meer hulp verlenen bij de medisch-sociale problematiek, waarmee de huisartsen in hun praktijk te maken kregen.

Taakomschrijving. Deze medisch-sociale problemen kunnen grofweg worden ingedeeld in vier rubrieken.

1 Medisch-technische hulp: injecties, verbinden, therapiecontrole, hulpmiddelencontrole en wat dies meer zij.

2 Aanvullende sociale anamnese ten behoeve van de diagnostiek.

3 Medisch-sociaal bemiddelen: bij het opnemen in ziekenhuis, verpleegtehuis en dergelijke; materiële voorzieningen; organisatorische aspecten ten aanzien van overleg met instituten en instanties.

4 Medisch-sociaal begeleiden: a. Voorlichting, gezondheidsopvoeding en advies in medisch sociale

problemen; b. Verwijzende taak bij medisch-sociale problematiek in het gezin.

Vanzelfsprekend zal in de praktijk een probleem niet altijd onder één rubriek vallen, veelal kan het bij twee of meer rubrieken worden ondergebracht.

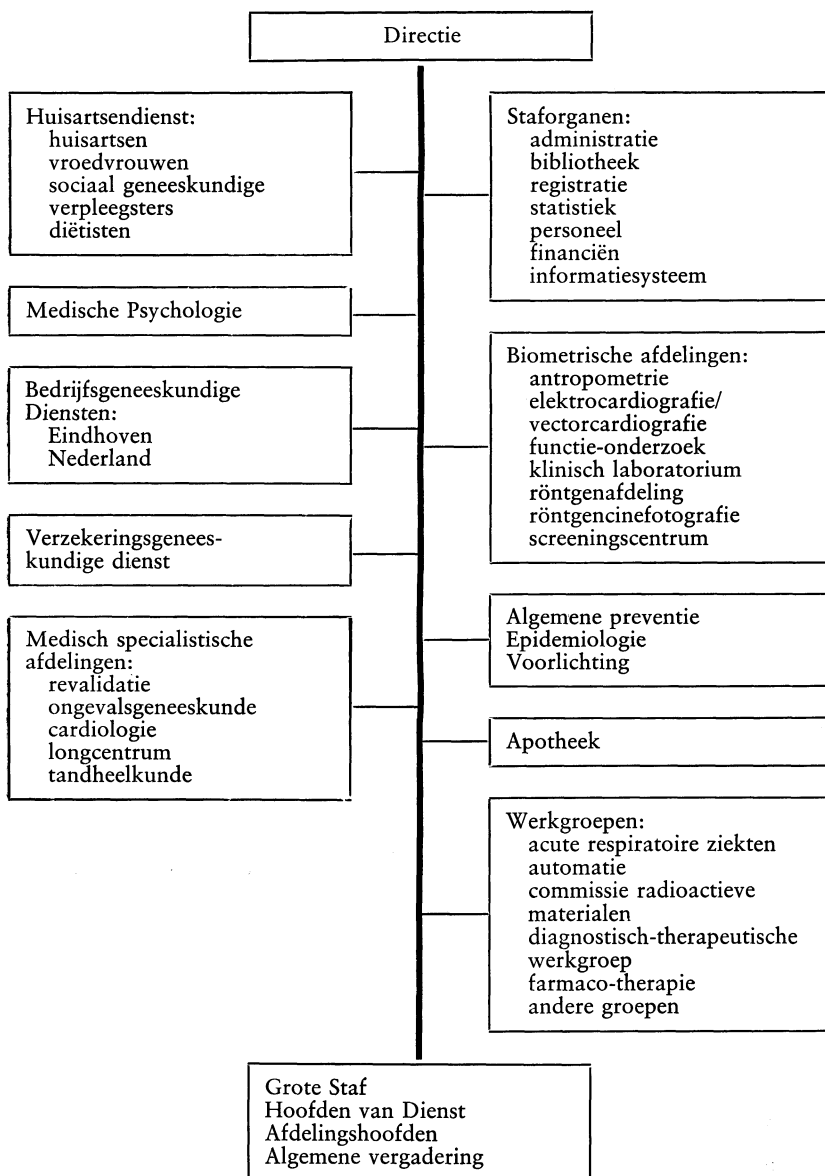
In tabel 1 zijn de verrichtingen van de sociaal-geneeskundige verpleegsters over de jaren 1963 tot en met 1968 gerangschikt naar aard en aantal.

De belangrijkste sociale instanties, waarmede regelmatig overleg moet worden gepleegd, zijn genoemd in tabel 2

De praktische gang van zaken. De normale gang van zaken is dat de huisarts via zijn praktijkassistente aan de verpleegster laat weten dat hij bemiddeling nodig heeft. Zij gaat zodra zij gelegenheid heeft naar de desbetreffende huisarts voor bespreking van dit probleem. De huisarts

introduceert de verpleegster bij de patiënt. Het eerste gesprek met de patiënt levert meestal dan ook geen moeilijkheden op, het kan afhankelijk van de omstandigheden zowel thuis als in het gezondheidscentrum plaatsvinden.

Met behulp van de informatie van de huisarts tracht de verpleegster in dit eerste gesprek een duidelijker inzicht in het probleem te krijgen. Het kan zijn dat in onderling overleg tussen verpleegster en huisarts een verwijzing naar een gespecialiseerde instantie noodzakelijk wordt geacht bijvoorbeeld het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) voor levens- en gezinsmoeilijkheden (rubriek 4). De verpleegster helpt zo nodig de mensen de weg daarheen te vinden. Soms moet een zekere drempelvrees worden overwonnen, daarna wordt het eerste contact met deze instantie door de verpleegster gelegd. Vervolgens trekt de verpleegster zich



Voor een goed begrip van zaken is het nodig een korte schets van de organisatie van de Philips medische dienst te geven. Hierbij kan nevenstaand schema van nut zijn.

Tabel 1 Verrichtingen van de sociaal-geneeskundige verpleegsters over de jaren 1963 tot en met 1968.

	1963	'64	'65	'66	'67	'68
1 Visites aan huis patiënt						
Injecties	2 496	1 523	1 327	1 150	985	914
Verpleegtechnische hulp	563	482	224	310	152	289
Sociale bezoeken	926	1 247	1 451	1 503	1 491	2 323
2 Overleg met sociale instanties	387	554	619	763	680	1 046

terug wanneer blijkt dat de patiënt haar hulp niet meer nodig heeft.

In een ander geval wordt bemiddeling gevraagd voor opnemen in een verpleegtehuis. Nadat zij personalia, sociale omstandigheden, en wat dies meer zij van de patiënt heeft ingevuld, legt de verpleegster het formulier voor aanvraag bij de huisarts neer voor indicatiestelling en ondertekening. Invullen van formulieren is routine voor de verpleegster en een bijkomstigheid; veel belangrijker is hier haar tussenkomst om de patiënt en de familie op deze ingreep voor te bereiden. De patiënt meent veelal dat het verpleegtehuis voor hem een eindstation betekent. De verpleegster zal dan trachten uit te leggen dat het in de bedoeling ligt dat hij/zij indien enigszins mogelijk na behandeling in het verpleegtehuis weer in eigen omgeving terugkeert. De verpleegster onderhoudt intensief contact met het verpleegtehuis om de opnemingszorg zo spoedig mogelijk te realiseren.

Ook regelt zij de financiële zijde van een dergelijke opnemingszorg, namelijk bij de uitvoerende instantie van de A.W.B.Z. of de gemeentelijke sociale dienst. Na het opnemen blijft de verpleegster het contact met de patiënt zoveel mogelijk onderhouden. Vóór eventueel ontslag uit het verpleegtehuis regelt zij in overleg met de leiding (eventueel maatschappelijk werkster) de maatregelen die voor de thuiskomst moeten worden getroffen. Een dergelijk geval behoort onder rubriek 3.

Analoge procedures gelden voor het opnemen in herstellingsoorden, revalidatiecentra, kindertehuizen, vakantieoord voor gehandicapten, blindeninstituten, enzovoort.

De verpleegtechnische hulp (rubriek 1) is vooral belangrijk, omdat hierdoor de verpleegster vaak een introductie wordt verschaft in een gezin. Een bepaalde injectie wordt speciaal door de verpleegster toegediend, omdat de huisarts overtuigd is dat sociaal-medische hulp is vereist, maar eerst voorbereiding en/of sociale anamnese (rubriek 2) door de verpleegster is gewenst. Zuiver verpleegtechnische hulp wordt gegeven door de praktische voorlichting aan bijvoorbeeld stoma- en tracheotomiepatiënten, die na ontslag uit het ziekenhuis moeilijkheden hebben met persoonlijke verzorging. Aan de andere kant zal de verpleegster in het gezin waar zij verpleegtechnische hulp verleent, soms medisch-sociale problemen signaleren, waarna zij in overleg met de huisarts een oplossing hiervoor zal proberen te vinden.

Tabel 2

Sociale instanties waarmede regelmatig overleg wordt gepleegd.

Specifieke instellingen voor gehandicapten
 Ziekenhuizen
 Bejaardentehuizen
 Verpleegtehuizen
 Rusthuizen
 Vakantiekolonies
 Kruisverenigingen
 Rode Kruis-welfare werk
 Gezinszorginstellingen
 Bedrijfs-maatschappelijk werk Philips
 Algemeen maatschappelijk werk
 Specifieke bureaus van maatschappelijk werk
 Raad van kindbescherming
 Arbeidsbureau bijzondere bemiddeling
 Gemeentelijke sociale dienst (G.S.D.)
 Gemeentelijke geneeskundige dienst (G.G.D.)
 Gemeenschappelijke medische dienst (G.M.D.)
 Controle Instituut Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) Woningbureaus stad Eindhoven en Philips.
 Philips bouw en woningtoezicht; personeelszaken; recreatie; ziekenfonds en bedrijfsschool.

Een belangrijk deel van het werk wordt in beslag genomen door de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden. Aanpassingen in huis, verzorgingsmoeilijkheden, en huisvestingsproblemen vragen de nodige aandacht, maar ook het helpen bij het aanvaarden van een ziekte, die misschien tot invaliditeit kan leiden. Ook voor de gezinsleden van de patiënt kan dit problemen met zich brengen.

De aangepaste hulpmiddelen in welke vorm dan ook, kunnen voor de patiënt een zekere zelfstandigheid betekenen. In overleg met de revalidatiearts worden aanvragen in deze (aanschaffen van rolstoel of andere voorzieningen) ingediend ofwel bij de Wet Arbeidsongeschiktheid wanneer de patiënt onder deze wet valt ofwel bij de gemeentelijke sociale dienst wanneer de patiënt het niet zelf kan bekostigen. Hierbij moet soms ook contact worden opgenomen met het Beatrix-fonds, steunfonds en wat dies meer zij.

Verder bestaat de mogelijkheid de arbeidstherapeute in te schakelen om de nodige richtlijnen te geven die gewenst zijn voor de patiënten die voor zover nodig moeten worden aangepast.

De onderlinge communicatie tussen huisartsen en

verpleegsters gaat via mondelinge rapportering; er worden geen rapporten op schrift gesteld. In de praktijk bleek dat niet nodig en het mondelinge rapporteren bleek tijd te besparen. Wel houden de verpleegsters een beknopt kaartsysteem bij. Daar de verpleegsters geen uitgebreide opleiding in maatschappelijk werk hebben en zichzelf zien als hulpkrachten voor de huisartsen met vooral een intermediaire functie tussen patiënten en diverse instanties op sociaal en maatschappelijk terrein, worden de problemen die een intensieve case-work-benadering vereisen, verwezen naar de specifieke instanties.

De verpleegsters overleggen regelmatig met de medisch-psycholoog, met wie zij zo nodig de problematiek van een bepaalde casus zowel als hun eigen plaats daarin kunnen bespreken.

Doordat zowel de huisartsen als de verpleegsters deel uitmaken van één medische dienst waarbinnen ook bedrijfsartsen en een revalidatie-afdeling functioneren, is het contact met de laatstgenoemde gemakkelijk te realiseren. Beide verpleegsters hebben een diploma A met kraam- en wijkaantekening; verder beschikken zij over een uitgebreide ervaring op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg.

Bespreking. Zoals blijkt uit de cijfers van tabel 1 is het werk van deze sociaal-geneeskundige verpleegsters geleidelijk verschoven van het voornamelijk medisch-technische werk naar het medisch-sociale werk.

Te verwachten valt, dat deze verschuiving zich nog verder zal voortzetten. Het medisch-technische werk wordt in Eindhoven zeer goed verricht door de bestaande Kruisverenigingen. Een doublure in dit opzicht is niet nodig en ongewenst. De twee verpleegsters laten dergelijke werkzaamheden dan ook meer en meer over aan de Kruisverenigingen. Aan de andere kant grenst hun werk aan het terrein van het maatschappelijk werk met dien verstande dat de verpleegsters in overleg met de huisarts bemiddelend optreden tussen de patiënt en diverse instanties op het medisch-sociale terrein.

Daarbij zijn zij in staat gebleken een belangrijke hulp te bieden ter oplossing van de maatschappelijke problemen die door Vlamings in zijn proefschrift worden samengevat in de categorie materiële problemen, namelijk verzorgings-, behuizings-, arbeids- en financiële problemen.

De scala van mogelijkheden ter oplossing van juist deze problemen is voor de huisarts niet meer te overzien. Omgekeerd is het voor de diverse instanties onmogelijk om met alle huisartsen individueel contact te onderhouden. Op dit terrein bestaat duidelijk behoefte aan een intermediaire functionaris die de vereiste contacten weet te onderhouden met enerzijds de huisartsen en anderzijds de betrokken instanties. In deze behoefte voorzien de sociaal-geneeskundige verpleegsters, naar de ervaring ons heeft geleerd, uitstekend.

De maatschappelijke problemen die een intensieve „case-work”-benadering vereisen, zoals bijvoorbeeld beschreven door Brühl en Van Kerkhof, vallen duidelijk buiten het werkkterrein van deze sociaal-geneeskundige verpleegsters.

Aan de andere kant is hun werk ook duidelijk te onderscheiden van het voornamelijk medisch-technische werk dat de verpleegster verrichtte die Huygen te Lent in een „pilot-study” in zijn praktijkvoering inschakelde. De sociaal-geneeskundige verpleegsters, zoals hier beschreven, functioneren op het grote en rijk geschakeerde middenveld tussen maatschappelijk „case-work” enerzijds en het meer medisch-technische werk van de wijkverpleging anderzijds. Zij zijn hierin te zien als aan de huisarts toegevoegde hulpkrachten met een intermediaire functie tussen huisarts en de vele instellingen van sociaal en maatschappelijk werk. De porte d'entree tot hun werk blijft het medische aspect van de casus.

Enige voorwaarden van een goed functioneren van de hier beschreven samenwerking zijn naar onze mening: het verbonden zijn aan een groepspraktijk van huisartsen die geneigd zijn tot en ervaring hebben wat betreft samenwerking; het financieel onafhankelijk staan tegenover die huisartsen; de mogelijkheid van mondelinge rapportering; de beperking tot die problemen die geen „case-work” benadering vereisen; de mogelijkheid ruggespraak te houden met een medisch-psycholoog en het aanwezig zijn van een goede wijkverpleging.

Ook indien niet aan al deze voorwaarden is voldaan lijkt het ons zeer wel mogelijk dat elders een wijkverpleegster zich in deze richting zou kunnen ontwikkelen, zoals ook in ons geval de sociaal-geneeskundige verpleegster zich heeft ontwikkeld vanuit het werk bij het consultatiebureau voor tuberculose.

Summary. Collaboration of a group of general practitioners with two nurses in social health care (sociomedical nurses). This paper describes a form of collaboration between a group of general practitioners and two sociomedical nurses, as it was organized within the works medical service of N.V. Philips, Eindhoven. After a brief outline of the historical development, the practical procedure in this form of collaboration is discussed. In this respect the nurse has proved to be an important aide to the general practitioner as intermediary between the patient and the many organizations in the field of medicosocial and social health care. Some prerequisites for effective collaboration in this setting are discussed.

Brühl K. G. en J. C. van Kerkhof (1969) huisarts en wetenschap 5, 173.

Huygen F. J. A. en Th. A. M. C. van Thiel (1967) huisarts en wetenschap 10, 355.

Samenwerking huisarts-maatschappelijk werk(er). Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1969.

Samen zorgen. Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid, nummer 27. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1969.

Vlamings H. L. A. Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster. Academisch proefschrift. Dekker en Van de Vegt n.v., Nijmegen, 1967.