

# huisarts en wetenschap

maandblad van het  
nederlands huisartsen  
genootschap



## *Meer lijn in eerste lijn*

„Geïntegreerde hulpverlening in wijk of buurt” was het thema van het symposium, dat door de Gezondheidszorg en Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Medische Faculteit te Rotterdam op 19 februari 1972 werd georganiseerd en waartoe artsen, maatschappelijke werkers, wijkverpleegkundigen, juristen, opbouwwerkers en studenten waren uitgenodigd. Daar het onderwerp midden in de belangstelling staat en de M.F.R. het image heeft van organisatietalent, doortastendheid en — zeker waar het de geestelijke gezondheidszorg betreft — progressieve denkbeelden, was het aantal deelnemers tot het dubbele van het aangekondigde maximum van tweehonderd gestegen, dat overigens in de fraaie en functionele akkomodatie uitstekend kan worden opgevangen.

Het programma vermeldde een viertal korte inleidingen, gevolgd door groepsdiscussies en een plenaire discussie; ter opluistering werd een tweetal T.V.-films („namens Walter de Bruin” en „Kritiese artsen”) gedraaid en waren er speaker-corners van diverse werk- en aktiegroepen.

Tevoren hadden de deelnemers een discussiestuk ontvangen — opgesteld door een werkgroep, waarvan onder andere Iemhoff en Sengers deel uitmaakten — dat een wat matte indruk wekte en niet door op dit onderwerp zeer deskundigen leek te zijn opgesteld. Samengevat kwam de inhoud op het volgende neer:

De structuur van de gezondheidszorg, vooral waar het de integratie met andere vormen van hulpverlening betreft, schiet tekort. Deze samenwerking is vooral aangewezen *in de eerste lijn*, waar de huisarts nog steeds de voornaamste wer-

ker is. De huisarts kan geen adequate hulp verlenen door onvoldoende opleiding, door het toenemend aantal klachten, dat door relationele en sociale moeilijkheden wordt veroorzaakt en door de discutabele wijze van uitvoering van de huisartsgeneeskunde, namelijk alleen en in privé-ondernemerschap. Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg niet alleen onoverzichtelijk georganiseerd, maar wordt bovendien gehandicapt door het ontbreken van een theorie over het menselijk gedrag: Wat is normaal? Wat is abnormaal? Of zijn deze vragen in het geheel niet relevant? Tenslotte groeit de somatisch specialistische geneeskunde enorm ten koste van de extramurale gezondheidszorg, ondanks het feit dat er veel meer behoefte bestaat aan maatschappelijke en psychologische benadering dan aan somatische en technische gezondheidszorg.

De noodzaak van een goede huisartsgeneeskunde en een goede geestelijke gezondheidszorg maken een geïntegreerde en krachtige eerste-lijnsgezondheidszorg tot een dubbele prioriteit.

Het takenpakket van de eerste lijn bestaat volgens het discussiestuk uit het bevorderen van gezondheid — hier gedefinieerd als afwezigheid van geestelijk of lichamelijk dysfunctioneren — en van het welzijn: het bieden van mogelijkheden tot ontplooiing van de mens. Deze taken zullen moeten worden vervuld door de gezondheidszorg, het opbouwwerk, dat zich als doel stelt de zelfwerkzaamheid en de verantwoordelijkheid van de mensen te bevorderen, en door het maatschappelijk werk, dat hulpverlening bij relationele problemen en bij behoefte aan maatschappelijke voorzienin-

gen wil bieden. In principe is een goede taakafbakening noodzakelijk, zij het met de mogelijkheid van incidentele grensoverschrijding.

De welzijns- en gezondheidszorg dient geografisch, financieel en psychologisch gemakkelijk bereikbaar te zijn; verder zijn relevantie — aanpassing aan de wensen van de cliënt — evenals benutting en integratie van de voorhanden kennis op medisch en ander gebied noodzakelijke eisen. Dit laatste sluit uit dat de huisarts als enige, universele hulpverlener functioneert.

In wezen zijn dan ook groepspraktijken en gezondheidscentra achterhaald; hierbij ligt het zwaartepunt nog veel te veel bij de gezondheidszorg. Het moderne team vormt een „welzijnscentrum” voor de buurt of wijk. Hierin zijn de huisartsen, maatschappelijke werkers, opbouwwerker en jurist naast elkaar werkzaam in een centrum, dat door de buurtbewoners wordt beheerd. Daarbij wordt — aldus het discussiestuk — gebruik gemaakt van de magnetische werking van de huisarts om de drempel voor de andere voorzieningen te verlagen.

Verder wordt gesteld dat dit team volledig democratisch moet functioneren: de arts is niet verplicht de leider en de honorering van de teamleden dient gelijk te zijn. De medicus dient zich hoofdzakelijk te wijden aan zijn eigen invalshoek, de somatische geneeskunde.

Na de opening van het symposium door Trimbos las Iemhoff een beschouwing voor, die — zeker na kennisname van het discussiestuk — niet veel nieuws bevatte. Het betrof voornamelijk de monopoliepositie van de arts, de functie van de diverse werkers in de eerste lijn en de reeds genoemde evaluatiecriteria: bereikbaarheid, relevantie en toepassing van de kennis. Hierna volgden de vier inleidingen.

De socioloog Dekker opende de rij met een betoog, waarin hij — duidelijker dan in het discussiestuk — twee vormen van samenwerking tegenover elkaar stelde: De *traditionele gezondheidszorg* streeft naar groepspraktijken en gezondheidscentra met als doel efficiënte praktijkvoering, kwalitatief betere praktijkvoering door multidisciplinaire samenwerking en ontlasting van de arts. De inbreng van andere disciplines beoogt in dit model vooral de psychosociale klachten te bestrijden. Zo'n aangeklede groepspraktijk zal echter geen soelaas bieden: de somatische geneeskunde domineert en er is nauwelijks mogelijkheid voor preventie, laat staan voor het voeren van sociale actie. De *welzijnswerkers* verlangen daarentegen een wijkwelzijnscentrum, dat niet gespecialiseerde, continue somato-psycho-sociale hulp verleent. De gezondheidszorg moet met de maatschappelijke

dienstverlening worden geïntegreerd, werkt democratisch en kan als centrum van sociale actie functioneren.

Noyon, sociaal psycholoog, pleitte eveneens voor een slechting van de barrières tussen de eerstelijns werkers: huisarts, maatschappelijk werker en jurist. Concentratie van hulpverleners, een groepspraktijk van huisartsen, wijkverpleegsters, maatschappelijk werksters, juristen en opbouwwerker met een psycholoog of psychiater en een (onmisbare) samenwerkingscoördinator in een buurtwelzijnscentrum leidt tot inzicht in de lacunes van de hulpverlening en bundelt de gegevens, die weer uitgangspunt voor acties kunnen zijn.

Dubois, huisarts te Hoensbroek, was de enige inleider die over eigen ervaring met teamgezondheidszorg beschikte. Zijn inleiding had meer dan de overige een informatief karakter. Dubois legde de nadruk op de noodzaak van overleg van meet af aan tussen de betrokkenen bij een toekomstig gezondheidscentrum. Dat geldt niet alleen voor de deelnemers, maar eveneens voor de buitenstaanders: niet deelnemende huisartsen in de buurt, de overige wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers en ook de echtgenoten van de toekomstige samenwerkers. Enigszins in tegenstelling hiermee was zijn advies om met een niet te groot aantal disciplines te beginnen, bij voorkeur niet meer dan drie tot vijf, evenals zijn advies om bij de bouw rekening te houden met een eigen ruimte voor ieder van de deelnemende disciplines, „om zich te kunnen terugtrekken”. Kennelijk voltrekt het teamproces zich niet zonder ambivalentie! Enige stellingen van Dubois: gelijke honorering van de teamwerkers is niet essentieel, ofschoon misschien op de duur wel wenselijk; de psycholoog in het team vervult een belangrijke rol en zal door de ziekenfondsen als medewerker dienen te worden geaccepteerd en gehonoreerd; voor het tot stand komen van een goede samenwerking is agogische begeleiding zeer gewenst.

Polderman, van de Unie van Ziekenfondsen, hield een uitstekend betoog over financieringsaspecten van de gezondheidszorg. Helaas was zijn spreektijd juist om toen hij aan de financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg toekwam. Uit spreker's reactie — eerder opluchting dan teleurstelling — zou men de indruk kunnen krijgen, dat de ziekenfondsen in elk geval nog geen pasklare oplossing voor de financiering van de hier voorgestelde vormen van eerstelijnszorg hebben. Ook uit de stellingen van de oorspronkelijke, door ziekte verhinderde, inleider De Vries bleek dat men het bij de ziekenfondsen nog niet zo ziet zitten: veel verder dan de noodzaak van een „geïntegreerde financieringsvorm” en — toch wel belangrijk — de afwijzing van een eigen risico kwam het niet. Het

zou wel interessant zijn geweest de mening van de financiële deskundigen te horen over de stelling, dat een goed functionerende eerstelijns besparingen voor de overige gezondheidszorg met zich brengt!

Deze inleidingen vormden eigenlijk het meest interessante deel van het symposium; later leek het verloop helaas maar al te veel op de bekende nachtkaaars. Gedurende een uur werd in dertig discussiegroepen met wisselende animo en — gezien de vele in de inleidingen aangeroerde facetten, de diversiteit van de deelnemers en het ontbreken van bruikbare vraagstellingen niet verwonderlijk — over heel uiteenlopende problemen nogal vrijblijvend van gedachten gewisseld. Daaraan droeg ook bij dat de meeste discussiegroepen bestonden uit één of twee ervarenen met daarnaast een aantal niet of weinig deskundigen, zodat er vaak meer sprake was van het geven van informatie dan van discussie. Dat gold ook voor de plenaire zitting. Een groot aantal rapporteurs bracht een even grote verscheidenheid aan opmerkingen, meningen en vragen naar voren. Even werd het boeiend toen de vraag aan de orde kwam of de financiering in het algemeen en in de Rotterdamse situatie in het bijzonder nu werkelijk een struikelblok vormt. Bierens betoogde dat de Landelijke Huisartsen Vereniging zich intensief met de groepspraktijken bezighoudt, onder meer op de ledenvergadering van 10 april. Voorts was het voor de regelmatige bezoeker van studiedagen en congressen over wijkgezondheidszorg opvallend, dat de jurist zich hier voor het eerst nadrukkelijk aanmeldde als kandidaat-mededeelnemer in de wijkwelzijnszorg. Tenslotte kwam men niet tot een verdergaande conclusie dan dat er op korte termijn opnieuw een symposium dient te worden gehouden.

Samenvattend bracht deze dag niet veel nieuws, zeker niet voor de trouwe lezer van Medisch Contact en „huisarts en wetenschap”, waarin de laatste jaren immers herhaaldelijk aandacht is gegeven aan beschouwingen over de toekomstige gezondheidszorg en verslagen over de lotgevallen van de gezondheidscentra. Desondanks kunnen symposia als dit natuurlijk de belangstelling voor samenwerkingsvormen verhogen en ons, huisartsen, aan het denken zetten over het huidige wee en het toekomstige wel van ons beroep. Daarbij komen dan drie hoofdpunten naar voren:

Ten eerste blijkt duidelijk dat de hervormers van de eerstelijnsgezondheidszorg, de kritiese artsen, de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijk werkenden, uit de uitlatingen van de huisartsen afleiden dat de huisartsgeneeskunde in een crisis verkeert, dat de huisartsen ernstig zijn overbelast en dat zij in vele

gevallen „alleen inadequate hulp kunnen bieden”. Zouden wij te kritisch ten opzichte van ons zelf zijn geweest en teveel hebben gelamenteerd? Het gevolg is dat nu wordt gesteld, dat de idee van de huisarts als algemene hulpverlener moet worden verlaten. Men meent dat de huisarts zich weer zal moeten gaan beperken tot de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg aan anderen, die dan weliswaar in teamverband met hem samenwerken, moet overlaten. Dat is een andere opvatting van de taak van de huisarts dan die uit het Woudschotenrapport! In voorgaande jaren kwam vooral van de kant van de specialisten de waarschuwing dat de huisartsen zich toch eerst met de „harde” somatische gezondheidszorg dienen bezig te houden en dat het een gevaarlijke tendens is wanneer de huisarts zich als amateurpsychiater en als medisch maatschappelijk werker opstelt. Nu komt juist uit de hoek van het welzijnswerk, waar men vroeger meer aandacht van de huisarts voor psychosociale aspecten bepleitte, de kritiek dat de huisarts voor dit werk onvoldoende opgeleid en incompetent is!

Een tweede punt is de duidelijke tendens naar verbreding en uitbreiding van de teams, gepaard gaande met een veranderende plaats van de huisarts in het team. Aanvankelijk propageerde men groepspraktijken van huisartsen, waaraan een maatschappelijk werker werd toegevoegd en waarmee de wijkverpleging intensief samenwerkte. Nu komt zelfs in de naamgeving van de teams de gezondheidszorg niet meer voor: men spreekt van wijkwelzijnscentra, waarbij niet wordt afgelaten te stellen dat de hiërarchie van de medicus moet verdwijnen, dat de arts niet bepaald (of bepaald niet) de leiding van het team mag hebben, dat democratisering en (dus?) gelijke honorering van de teamgenoten is vereist. Soms krijgt men wel eens de indruk, dat de aanwezigheid van de arts in het team alleen nog maar is gewenst om de cliënt gemakkelijker de drempel naar het maatschappelijk werk, de psycholoog, de opbouwwerker en de jurist te laten overschrijden. Het gevaar lijkt niet denkbeeldig dat in zo'n situatie de patiënt er de voorkeur aan zal geven voor zijn al dan niet vermeende gezondheidsproblemen maar liever regelrecht naar een ziekenhuispolikliniek te stappen en dan zijn wij weer even ver als wij waren. De mededeling van een wijkgezondheidszorg over een opmerking van een patiënt: „wanneer je in dit gebouw vertelt dat je wel eens hoofdpijn hebt, moet verdorie onmiddellijk je huwelijk, je carrière en je financiële toestand op tafel komen”, geeft toch wel te denken.

Ten derde wordt het toch wel duidelijk dat de alleenwerkende huisarts geen toekomst heeft. Financiële, economische en organisatie-deskundigen

adviseren daartoe. In alle — ook andere dienstverlenende — beroepen ziet men schaalvergroting optreden. De andere hulpverleners in het eerste echelon en de andere gezondheidszorgers vragen ons er om en ook een groeiend aantal huisartsen (60% in 1970) is er van overtuigd dat samenwerking in één of andere vorm de voorkeur verdient.

*Waarom komt er dan zo weinig van de grond?* Dat de financiën de hoofdrol spelen is niet zo waarschijnlijk. Het lijkt aannemelijk dat financiële problemen pas onoverkomelijk worden, wanneer de bereidheid nog onvoldoende is. Bovendien kan men de verantwoordelijkheid voor onvoldoende geldmiddelen aan anderen verwijten. Het is van groter belang te speuren naar andere factoren die

het realiseren van samenwerkingsvormen belemmeren.

Gaat het om tijdgebrek? Artsentekort? Angst om de vrijheid te verliezen? Is er onvoldoende regionalisatie voor wijkgezondheidszorg? Onzekerheid? Onvoldoende duidelijkheid over de bijdrage van de andere disciplines in het team? Gehecht zijn aan hiërarchische verhoudingen? In dit nummer van ons tijdschrift vermeldt het Nederlands Huisartsen Instituut een onderzoek naar de factoren, die het tot stand komen van samenwerkingsvormen in de weg staan. Het is waarschijnlijk dat goed uitgevoerd onderzoek naar deze vragen meer bijdraagt aan „meer lijn in de eerste lijn” dan dit symposium, hoe goed het ook was bedoeld.

S. van der Kooij

## *Uitkomsten van een jaar electrocardiografie in een groepspraktijk van vijf huisartsen*

DOOR J. G. BAKKER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Bij de oprichting van onze groepspraktijk in 1969 stond van meet af aan vast, dat wij wensten te beschikken over een eigen electrocardiograaf met getrainde assistentes ter bediening.

De behoefte hieraan ontstond voornamelijk door het steeds stijgende aantal patiënten met typische — en vooral atypische — precordiale pijn, waardoor een op de duur welhaast onredelijk aantal patiënten naar de cardioloog werd verwezen, nog afgezien van de toenemende wachttijd voor cardiologisch consult en de schroom van de huisartsen om te verwijzen, alleen ter geruststelling van een nerveuze patiënt of van zichzelf. Eigen faciliteit in deze maakt het mogelijk praktisch zonder indicatie een electrocardiogram (E.C.G.) te laten maken.

Daarnaast bestond de wens de diagnostische mogelijkheden verder uit te breiden en de gevoelde noodzaak zo mogelijk te beginnen met registratie van E.C.G.'s van alle mannen (en vrouwen?) boven een bepaalde leeftijd in de groep.

Een in het archief reeds aanwezig „normaal” E.C.G. kan van belang zijn bij de beoordeling van een later opgenomen E.C.G. met afwijkingen.

Schrijver dezes nam op zich de te maken E.C.G.'s in eerste instantie te beoordelen; hij bedreef reeds lang electrocardiografie in de eigen praktijk na een cursus hiervoor te hebben gevolgd. Hij vervulde hiermede een aandeel in één van de collectieve taken binnen de groepspraktijk. Genoemde taken

*Samenvatting.* Een overzicht wordt gegeven van de resultaten van een jaar E.C.G.-onderzoek in een groepspraktijk van vijf huisartsen. De electrocardiografie bleek ook hier een grote aanwinst voor het diagnostische arsenaal van de huisarts. De resultaten deden de wens ontstaan een routineonderzoek bij alle mannen boven de 45 jaar te gaan verrichten.

kunnen in het kort als volgt worden omschreven:

- 1 Voorzitterschap (commissiewerk, contacten, representatie);
- 2 Penningmeesterschap (subsidie, salarissen enzovoort);
- 3 Secretariaat benevens leiding van en toezicht op een groep van vijf assistentes;
- 4 Laboratorium voor de groep, sterilisatie van gemeenschappelijk instrumentarium;
- 5 Electrocardiografie.

De gang van zaken bij de electrocardiografie in onze groep is zo geregeld, dat minimale arbeid van de artsen wordt gevraagd. Centraal staat daarbij de E.C.G.-map, die verwantschap vertoont met de Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)-kaart. Hierdoor vervallen aanvraagpapiertjes, loopbriefjes voor de patiënt, velletjes papier met uitslagen en een kast met opgevouwen E.C.G.'s. De administratieve handelingen worden geciteerd op de voorkant