Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: enkele beschouwingen over het functioneren van ons assistentenbestand

DOOR DR. W. P. VAN DEN HOUT, HUISARTS TE HOENSBROEK

Samenvatting. Het gezondheidscentrum Hoensbroek functioneert nu drie jaren. In deze tijd is het ons duidelijk geworden dat de plaats van een assistente in een bedrijf als het onze een zeer belangrijke is en in sommige opzichten ook anders dan in een solo-praktijk. Bovendien zijn wij nadrukkelijk gestoten op een aantal facetten, dat voor iedere huisarts geldt, doch dat in onze situatie opvallend naar voren kwam.

Tenslotte bleek ons dat er weinig omschreven ideeën over deze problematiek zijn te vinden. Een en ander was voor ons aanleiding tot dit artikel, mede met het doel de discussie hierover landelijk op gang te brengen.

1 *Inleiding.* Door het werkzaam zijn in ons gezondheidscentrum is ons in de afgelopen tweeeneenhalf jaar een aantal aspecten duidelijk geworden over het functioneren van een doktersassistente in het algemeen en over haar functioneren in een groter team, zoals het onze is. Opvallend is dat daarbij, zeker in de voorbereidingstijd een aantal fouten werd gemaakt en dat op veel grotere moeilijkheden werd gestoten dan aanvankelijk kon worden vermoed. Het leek daarom nuttig om een en ander samen te voegen en wat uitgebreider op papier te zetten, enerzijds om het anderen mogelijk te maken niet in een herhaling van onze fouten te vervallen, anderzijds om een indruk te geven over de desbetreffende organisatie in ons centrum. Vooral dit laatste lijkt ons ook belangrijk, omdat de taak van een assistente in een project als het onze een gecompliceerde zaak is geworden en daardoor uit de organisatie totaal niet meer is weg te denken. Bovendien zijn wij gestoten op een aantal problemen waarvoor in onze werksituatie wel een oplossing werd gecreëerd, doch wij zijn niet ervan overtuigd dat dit steeds de juiste oplossing was. Een meer uitgebreide discussie over dergelijke zaken lijkt ons in deze tijd van een zich veranderende praktijkvoering bij vele huisartsen, uiterst zinvol. Mogelijk kan onderstaand verslag daartoe een bijdrage leveren.

2 *Algemene taakomschrijving.* Wij willen trachten te komen tot een algemene taakomschrijving. Het is vanzelfsprekend dat niet iedere assistente in elke praktijk op dezelfde wijze aan deze taakomschrijving zal beantwoorden. Dat hangt af van aard en grootte van de praktijk en tevens van de karakterstructuur en specifieke geaardheid van de assistente. In elke situatie zal een werkbaar compromis moeten ontstaan uit deze verschillende facetten. Overal zullen echter de hieronder volgende functies herkenbaar zijn en naar voren komen, zoals gezegd met accentverschillen. Er zal ook niet worden ingegaan op de detaillering van de diverse functies, bijvoorbeeld moet een assistente wel of niet bloeddruk meten of moet zij wel of niet intraveneuze injecties geven.

In de oorspronkelijke huisartspraktijk van vele tientallen jaren geleden bestond de taak van de assistente zoals wij die nu kennen, nauwelijks of niet. Vaak was het de dienstbode die de patiënten ontving en hen in de wachtkamer deed plaatsnemen. In de loop der jaren is deze taak meer uitgebreid in de vorm van echte assistentie bij het werk van de arts, in vele gevallen door de vrouw van de arts, in latere jaren meer en meer door een hiervoor apart aangestelde assistente, aanvankelijk nog vaak in combinatie met een taak in het huishouden, later steeds meer als assistente alleen voor het praktijkwerk. De intensivering van het werk van de huisarts, de toenemende mogelijkheden voor de huisarts om ook buiten het ziekenhuis vele werkzaamheden te doen, vooral in diagnostisch opzicht en de gehele heroriëntatie van de huisartsgeneeskunde op de meer integrale gezondheidszorg, hebben deze ontwikkeling zeker versneld. De diverse functies kunnen als volgt worden geanalyseerd.

a De opvang van de patiënten in de huidige huisartspraktijk met een full-time assistente is een taak die eigenlijk volledig op haar schouders rust. Deze opvang omvat niet alleen de regulering van de patiëntenstroom tijdens de spreekuren en de behandeling van de telefoon; juist ook de opvang van deze contacten op tijden dat de arts niet aanwezig is, maken dit tot een wezenlijke en soms

moeilijke en verantwoordelijke taak, waarbij met name de behandeling en beoordeling van spoedgevallen voor de arts en voor haar zelf zeer belangrijk zijn.

b Het verzamelen van gegevens betekent voor de arts een enorme hulp tijdens zijn werk en tevens een kwaliteitsverbetering door de veel grotere mogelijkheid tot continuïteit van de registratie. Het gehele kaartsysteem en de behandeling van de medische correspondentie speelt hierin een centrale rol.

c de administratieve functie is een zeer duidelijk herkenbare taak, met de steeds toenemende papierwinkel in onze overgeorganiseerde gezondheidszorg. Ook hier kan de assistente een zeer groot deel van dit werk tot zich trekken en volledig zelfstandig uitvoeren. Een groot gedeelte van de financiële administratie moet eveneens hiertoe worden gerekend.

d De technische assistentie tijdens de spreekuren is een facet, dat vooral de laatste jaren sterk naar voren is gekomen. Een daartoe goed opgeleide assistente kan van grote betekenis zijn voor de efficiëntie van het spreekuur, wanneer men slechts denkt aan de voorbereiding en hulp bijvoorbeeld bij wondbehandeling, kleine chirurgie, I.U.D. plaatsen en dergelijke.

e Van hieruit heeft zich geleidelijk, naast de al vanouds bestaande werkzaamheden, een zeer grote zelfstandige technische functie ontwikkeld, die kan variëren van eenvoudig verbandwerk tot volledig zelfstandige wondhechting, elektrocardiografie of audiometrie. Het zal duidelijk zijn, dat juist hier de werkwijze van de arts voor een groot deel mede zal bepalen hoe groot de zelfstandigheid zal zijn en welke facetten het meest naar voren zullen komen.

f Een eveneens specifieke taak die bij goede opleiding ook grotendeels zelfstandig kan worden bedreven is de laboratoriumfunctie en in de apotheekhoudende praktijk de functie van apothekersassistente.

g Vanzelfsprekend blijft de huishoudelijke functie bestaan, die naast aspecten zoals hygiëne en sterilisatie eveneens inhoudt een aandeel in de sfeer- en entouragebepaling in de praktijkruimte, die voor de persoonlijke werkwijze van de huisarts (die immers nog altijd zeer sterk op de persoon is gericht) essentieel is.

h Het huisbezoek van de assistente is een taak die de laatste jaren tot de realiteit van haar werk is gaan behoren, alhoewel hier de mogelijkheid bestaat dat men daarmede het werkterrein van de wijkverpleegster betreedt, zodat een werkdoublure ontstaat. In hoeverre een deel van het werk op de spreekuren van de wijkverpleegsters niet een werkdoublure is van de taak van de doktersassistentes is een van de vele vragen over organisatie van extramurale gezondheidszorg, welke men zich eveneens kan stellen.

i Een goed opgeleide en vooral een ervaren doktersassistente zal ook het zelfstandig adviseren van de patiënten ten aanzien van bijvoorbeeld griep, kinderziekte, een klein ongeval en vele kleinere zaken zonder enige twijfel tot haar taak rekenen. Ook hier bestaat een steeds toenemende tendens om de assistente een duidelijke deelverantwoordelijkheid en functie te geven.

j Tot slot speelt bij dit alles het relationele aspect van de functie van de assistente een zeer grote rol. Dit zal bij sommige van bovengenoemde functies duidelijker zijn dan bij andere. Het zal uiteraard bij de opvang van de mensen in de praktijk en bij het zelfstandig functioneren het duidelijkst naar voren komen. Daarbij komt, dat de assistente de gastvrouw is in de praktijk en van haar vermogen relaties met mensen te kunnen leggen en relaties te kunnen hanteren (ook de slechte) hangt de rust in de praktijk af en wordt de sfeer in de praktijk voor een groot deel bepaald.

Uit het bovenstaande blijkt, dat het werk van de assistente bestaat uit een aantal functies, die een min of meer technisch karakter dragen. Deze zijn dan ook betrekkelijk gemakkelijk in een opleiding te verwezenlijken. Daarnaast wordt van haar gevraagd een redelijke kennis van en training in intermenselijke omgangsvormen, het vermogen tot luisteren, interpreteren en gespreksvoering. Dat wil zeggen, dat naast kennis dus enige praktische vaardigheid in gesprekvoering noodzakelijk is, die zeer moeilijk kan worden gedoceerd en zeker niet in een schriftelijke cursus.

Pas wanneer onze assistente redelijk is opgeleid in deze beide facetten — technische kennis en vaardigheid en relationele training — zal zij in staat zijn haar functie in te nemen. Want dit beroep is waarlijk niet eenvoudig, omdat het ook nog een functie omvat, die tot nu toe werd verzwegen en die in het beroep nogal eens momenten van grote stress kan geven, namelijk

k De bufferfunctie. In de praktijk van alledag is de assistente de intermediair tussen de patiënten en de arts en wanneer alles naar wens verloopt is er geen enkel probleem. Maar ieder kent de dagen met overbelasting, navisites, spoedvisites, teveel telefoongesprekken, boze patiënten, waarbij de assistente in feite de volle laag krijgt van beide zijden: publiek en arts. Zij moet van het goede hout zijn gesneden door opleiding en attitude om dan op alle punten te blijven functioneren, waarbij zij

niet met een al te grote kater of met insufficiëntiegevoelens naar huis gaat. Op zo'n moment een niet benijdenswaardig beroep! Misschien kan relationele training van de arts hieraan ook nog een en ander doen.

3 Taakomschrijving in ons gezondheidscentrum. Een dergelijke omschrijving zou voor ons gezondheidscentrum dezelfde punten omvatten, wanneer wij ons weer aan een analyse zouden wagen. Het totale takenpakket is exact hetzelfde als in de onder 2 beschreven situatie, er treden alleen accentverschuivingen op en er ontstaan deeltaken en deelverantwoordelijkheden, met behoud van de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor alles.

Door de schaalvergroting, ontstaan door het samenwerkingsproject, treedt een uiteenvallen op van de werkruimte der assistentes, met daarmede een vanzelfsprekend uiteenvallen van het totale pakket aan taken over de ruimten. Deze ruimten zijn de ontvangstbalie met administratieruimte, de behandelkamer (deze twee ruimten zijn aaneengrenzend) en het meer excentrisch gelegen laboratorium. Wij stonden dus voor de opdracht om de oude totaliteit aan functies te verspreiden over meer dan een ruimte en over diverse personen. Dit werd opgelost door een aantal heel duidelijke hoofdfuncties vast te stellen en daaromheen het geheel te groeperen namelijk 1 balie — telefoon; 2 balie — receptioniste; 3 behandelkamer I; 4 behandelkamer II; 5 laboratorium.

Dit betekent dat assistente 1 in onze situatie met vijf assistentes voor vier huisartsen een deeltaak heeft van haar oude functie, met een deelverantwoordelijkheid speciaal voor die taak. In haar geval wil dat dus zeggen, dat de eerder genoemde functies: opvang, zelfstandig adviseren, relationeel werken en met name de bufferfunctie zeer sterk naar voren komen. Alle vormen van technisch functioneren komen niet aan bod, evenmin het laboratoriumwerk. Naast de deelverantwoordelijkheid voor haar specifieke taak houdt de assistente wel degelijk, samen met de anderen, de groepsverantwoordelijkheid voor de gehele gang van zaken. Met andere woorden, voor haar komen in onze werksituatie opeens vier nieuwe facetten naar voren: deeltaak, deelverantwoordelijkheid, groepsverantwoordelijkheid en omgang met collegae.

Het zal duidelijk zijn dat voor de ene assistente de ene en voor de andere assistente de andere deeltaak aangenamer is. Bovendien schuilt in een deeltaak sneller het gevaar van een eentonige werksituatie. Wij besloten daarom over te gaan tot een roulatiesysteem, waarbij de assistentes om de twee maanden naar een andere functie overgaan. Dit heeft als voordeel een afwisselender werksituatie, een toch volledig functioneren in alle facetten van het vak, terwijl bovendien het assistentenbestand minder kwetsbaar werd in die gevallen waarbij door drukte, vakantie of ziekte onderling moet worden vervangen of geholpen.

Een van de artsen houdt toezicht op de werkzaamheden, werkindeling en werkverhouding. Hij is de contactman tussen de assistentes en de artsen, waarbij hij verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken. Er zijn wekelijkse besprekingen tussen deze arts en de vijf assistentes, waarbij de gang van zaken, de „work-load", kritiek, klachten, teleurstellingen en vele andere zaken ter sprake worden gebracht. Daarnaast is er eens per maand een avondbespreking, die tot doel heeft in te gaan op de ideologie en de motivatie van het centrum als zodanig, eventueel de onderlinge relatieverhoudingen of de relatieverhoudingen tussen de assistentes en de overige leden van het team nader te beschouwen. Deze bespreking wordt bijgewoond door een van de wijkverpleegsters. Bovendien wonen de assistentes de wekelijkse meer zakelijk gerichte teambespreking van het gehele team bij (er bestaat ook een meer relationeel getinte teambespreking).

Het geheel van deeltaken is vervat in een soort schema, waardoor een en ander overzichtelijk bij elkander staat en bovendien iedereen weet welke taak bij welke assistente behoort. Dit schema wordt ter illustratie toegevoegd. Met nadruk moet worden opgemerkt dat dit een schema is voor onze groep en afgestemd op ons gebouw. Het is ontstaan en gewijzigd door een voortdurende samenspraak (*bijlage 1*)

4 Beschouwingen over het functioneren van ons assistentenbestand. In de afgelopen jaren zijn er vele momenten geweest, waarin sprake was van grote en kleine botsingen tussen artsen en assistentes. Vele besprekingen zijn over deze zaken gevoerd, zonder echter te leiden tot een oplossing, die beide partijen volledig bevredigt. Nog steeds blijken in onze werksituatie hiaten te bestaan, die aanleiding kunnen zijn tot irritatie en dysfunctioneren. Is het mogelijk om na ruim tweeëneenhalf jaar aan te geven op welke terreinen wrijfpunten hebben gelegen, op welke terreinen deze wrijfpunten nog bestaan en welke fouten zijn gemaakt? Dit blijkt moeilijker te zijn dan men zou denken. Desalniettemin menen wij, dat een poging moet worden gedaan het geheel op papier te zetten. Voor de overzichtelijkheid zal worden getracht de diverse facetten enigszins ordelijk te rangschikken.

I De voorbereiding. Dit is een van de punten waarvan reeds in een vroeg stadium werd onder-

kend dat deze in onze oorspronkelijke planning onvoldoende is geweest. De voorbereiding heeft gefaald in twee opzichten: op het gebied van de voorlichting over ideologie en motivatie, die bij een dergelijk samenwerkingsproject een grote rol spelen en op het gebied van de duidelijk andere werkwijze voor een assistente in arbeidstechnisch opzicht, wanneer zij in een dergelijke grote groep wordt te werk gesteld. Wat het eerste punt betreft, de artsen hebben drie jaar nodig gehad om hun ideeën uit te werken en om naar de uitwerking en de realisering van deze grondgedachte toe te leven. De assistentes hebben in dit opzicht nauwelijks enige reële informatie gekregen. Hun grote inzet en onmiskenbaar enthousiasme uit de begintijd is een overnemen geweest van het enthousiasme van de artsen, zonder dat deze nu precies duidelijk hebben gemaakt waarover zij dermate verrukt waren en wat zij ermede hoopten te bereiken. Dit moet na verloop van tijd in een bedrijf als het onderhavige onvermijdelijk tot onnodige afstand tussen de beide partijen leiden, met onbegrip en niet duidelijk te plaatsen irritatie over de gang van zaken.

Wat het arbeidstechnische aspect betreft, ook hier is de voorbereiding onvoldoende geweest, omdat de artsen zich niet hebben geraliseerd dat de nieuwe plannen voor onze assistentes niet alleen een nieuw gebouw betekenden, maar ook geheel andere werkomstandigheden (meer bazen, groepswerk, gedeelde verantwoordelijkheid, rouleringssysteem, zwaardere representatieve functie enzovoort). Daarbij komt bovendien, dat een aantal aspecten in de nieuwe werksituatie naar voren is gekomen, die ook de artsen niet hadden kunnen voorzien zoals met name de specifieke problemen rond de grote balie in ons gebouw.

II De veranderende plaats van de assistente. In de solopraktijk verloopt het contact tussen de arts en zijn patiënt voor een groot gedeelte via zijn assistente. Vaak wordt dan het contact direct gelegd zonder tussenkomst van de assistente. Door de beslotener werksituatie is een goed gemotiveerde assistente in de solopraktijk doorgaans zeer goed geïnformeerd over de lopende zaken. Dit ligt in ons centrum veel ongunstiger. De patiëntenstroom van buitenaf loopt volledig via onze assistentes. Dit mag dan onaangename kanten hebben, het is noodzakelijk voor de gang van zaken in ons gebouw.

De assistentes dragen de zorg voor regulering, distribuering en onderlinge verwijzingen van de patiënten. Zij zijn verantwoordelijk voor de afspraken en voor het signaleren van overbelasting van de ene arts of ruimte tot consultatie bij de andere arts. Al deze taken hebben zij ook voor het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en de vroedvrouw. Ten dele geldt dit ook voor het laboratorium. Het gaat zelfs zover, dat een groot gedeelte van de interne contacten via de assistentes wordt geregeld. Overbodig te vermelden, dat uiteraard alle telefonische contacten via hen moeten verlopen, omdat zij onze telefooncentrale bemannen. Tot slot gaat een groot gedeelte van het uitgaande patiëntenverkeer ook weer via de balie! Met andere woorden, onze assistentes nemen in de organisatie een zodanige centrale en noodzakelijke plaats in, dat een bedrijf als het onze volledig vleugellam is indien de balie met zijn telefoon niet functioneert. Terwijl in de solopraktijk de arts nog kan improviseren bij afwezigheid van zijn assistente, is dit in onze situatie een absolute onmogelijkheid geworden.

In lijnrechte tegenstelling tot deze maximale verantwoordelijkheid voor de contacten staat het minimum aan informatie en consultatie, dat vanuit het gehele team terugkomt bij de assistentes. Binnen het team vinden consultatie met en informatie van elkander dagelijks plaats. Ook het laboratorium is hierbij tot op redelijke hoogte betrokken. De uitgaande lijn van het team terug naar de assistentes is echter miniem of ontbreekt geheel en al.

Een en ander moet op den duur bij de assistentes een gevoel geven van geïsoleerdheid, hetgeen als bij een „vicieuze cirkel" zeer gemakkelijk aanleiding kan geven tot ongeïnteresseerdheid en slecht functioneren. Er wordt een sterke wissel op de verantwoordelijkheid van de assistentes getrokken om de patiëntenstroom voortdurend adequaat binnen de muren van het team te loodsen, terwijl zij nauwelijks weten wat met deze patiëntenstroom als groep en als individuen precies gebeurt. Deze dreigende isolering van onze assistentes is mede de aanleiding geweest tot het ontstaan van de reeds genoemde diverse besprekingen.

III De veranderende taak van de assistente. Reeds eerder werd melding gemaakt van het feit dat de taak van een assistente in een centrum als het onze een totaal andere is dan het assisteren in een solopraktijk. Assistentes zijn als vanouds in dienst van de artsen. In de organisatie van de solopraktijk geeft de functie van de assistente geen enkel probleem. De arts kan vrij goed overzien in hoeverre zijn assistente adequaat functioneert. Bij de schaalvergroting is dit veel moeilijker. Arts en assistente hebben te maken met verschillende vertegenwoordigers van beide groeperingen en alleen een goed op papier gezet werkschema met vaste afspraken voorkomt ergernissen en communicatiestoornissen. Bovendien blijken assistentes vaak nog

grotere individualisten te zijn dan huisartsen en hun omschakeling van de meer persoonlijk getinte duizendpootfunctie bij de solo-arts naar de meer onpersoonlijke functie in een groter team was voor de assistentes een moeilijke overgang. Met name de representatie vereiste een behoorlijke aanpassing en betekende een pittige taakverandering. De verdere consequenties van de nieuwe situatie waren: deelfuncties van hun oude functies, voortdurend contact met collegae, diverse bazen, groepswerk, de verwarring van gedeelde deelverantwoordelijkheid en gezamenlijke groepsverantwoordelijkheid en niet in de laatste plaats het facet van de teamgeest. Vooral de relationele aspecten van hun nieuwe functie zijn verantwoordelijk voor de grootste veranderingen en de importantie van juist deze aspecten was door beide partijen vooraf niet duidelijk onderkend.

IV Te weinig training in groepswerk. Het is zonneklaar dat aanvankelijk in ons centrum aan groepstraining van de assistentes niets is gedaan. Dit staat in een nogal schrille tegenstelling tot de training welke het gehele overige team heeft ondergaan. Ook dit moest wel tot gevolg hebben dat op den duur een verwijdering zou ontstaan tussen de assistentes en de rest van de ploeg. Het nalaten van deze training heeft zeker ook tot gevolg gehad dat een echte teamgeest onder de assistentes en een gevoel voor een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor hun gehele werkterrein slechts moeizaam van de grond zijn gekomen. Dit is vaak niet eens zo storend geweest voor de artsen en andere betrokkenen, maar wel heel duidelijk en direct voor het werkklimaat van de assistentes onderling. Het kan aanleiding geven tot voor anderen oninvoelbare ruzies (voor zover het niet simpele bakvissenruzies zijn), die dan ook de schijn hebben onoplosbaar te zijn. Dat een dergelijke negatieve stemming aan de basis van onze organisatie een zeer sterke neerslag kan hebben op de sfeer in het gehele centrum, kunnen wij uit rijke ervaring mededelen.

Tot deze problemen zal ook zeker hebben bijgedragen de wrijvingen tussen de assistentes enerzijds en de wijkverpleegsters en de maatschappelijke werksters anderzijds. Functioneel hebben de assistentes een heel duidelijke taak ten opzichte van deze twee disciplines, bij wie zij niet in dienst zijn en van wie zij geen salaris ontvangen. De artsen, verpleegsters en maatschappelijke werksters vinden het in hun gedachtengang vanzelfsprekend, dat een gedeelte van de administratie, receptie en telefoon voor hen wordt gedaan, doch nooit is dit met de assistentes uitvoerig besproken en het is zelfs moeilijk in de taakomschrijving omtrent dit punt duidelijk te zijn. Dit externe probleem is nauw verbonden met de interne organisatie van onze assistentes: in hoeverre moeten de artsen hun assistentes zonder enige financiële vergoeding ter beschikking stellen van andere disciplines, die hiervoor geen bijdrage leveren. Ongetwijfeld zal dus ook de ambivalentie van de artsen een storende factor zijn geweest in de groepsvorming.

Een andere belemmering voor het ontwikkelen van een echte teamgeest is in het begin de binding van een aantal assistentes aan hun „oude" arts geweest. De rol van deze relaties speelt ook nu nog waarschijnlijk onbewust mee, maar is vaak meer een bron van vertederend vermaak dan dat het nog een werkelijk storende factor is. De hulp welke de artsen na verloop van tijd hebben geboden bij het helpen ontwikkelen van hun eigen groep, hebben de assistentes zonder meer aangegrepen. Wij moeten ook zeggen dat, gezien het functioneren van onze ploeg, dit ook duidelijk zijn resultaten heeft afgeworpen.

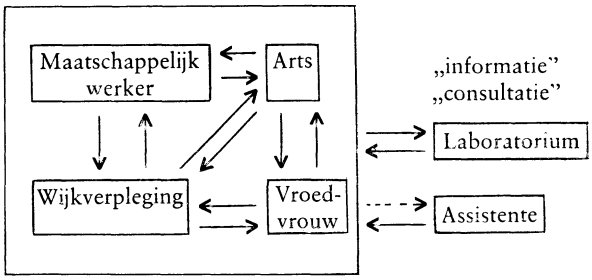
V Het leiderschap. Deze figuur ontbreekt bij ons, zowel in het grote team als ook in de assistentengroep; op dit moment is niemand van dit etiket voorzien. Men kan twisten over de noodzaak van een dergelijke figuur, maar niet over het feit dat dit facet nog steeds een hinderlijke rol speelt in het functioneren van de assistentes. In het begin is er een leidster geweest, doch dat mocht geen succes worden genoemd. Dit lag ten dele aan de persoon van de toenmalige leidster, maar voor een zeer groot deel heeft dit ook aan de groep als zodanig gelegen en aan de begeleiding van de artsen, die in deze oorspronkelijk op twee gedachten hinkten. Dit is duidelijk gebleken na een „hergroepering" van de assistentes. Ook zonder leider laaiden dezelfde conflicten op en het is onzes inziens duidelijk, dat de rol van de leiding nog steeds onder de oppervlakte een broeiende haard van onrust is.

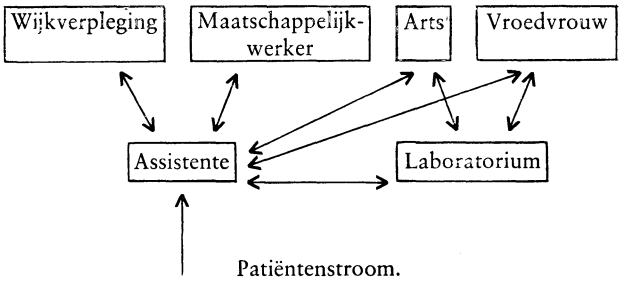
Dit komt natuurlijk ten dele omdat ieder der individuen vroeger in de solopraktijk baas in eigen huis was, maar ook omdat ieder der assistentes eigen ideeën heeft over prioriteiten van het werk en niet in de laatste plaats omdat ieder zijn eigen min of meer specifieke capaciteiten heeft. Gezien vanuit onze filosofie dat de assistentes, evenals de artsen of de wijkverpleegsters, een eigen subgroep vormen met een eigen taak en ten dele een eigen autonomie, voelen wij niets ervoor een leider aan te stellen in deze subgroep. Wij trachten echter de groep relationeel zo zelfstandig te maken dat zij zonder leider met een eigen teamgeest en een eigen groepsverantwoordelijkheid de zaken in onderling overleg zullen kunnen regelen. Wij zijn ons bewust dat velen in den lande hierover anders zullen denken.

VI Specialisatie van de hulpkrachten. Wij hebben onder punt 3 reeds duidelijk gemaakt dat in ons centrum niet werd overgegaan tot een specialisatie van de hulpkrachten . Onzes inziens moet hiervoor de groep minstens acht tot tien assistentes omvatten, zodat men met werkelijke dubbelfuncties kan gaan werken. Maar los van dit praktische aspect zal men in kleinere groeperingen zoals de onze, om redenen van opleiding, werkvariatie, groepsvorming, onderlinge vervangbaarheid, improvisatiemogelijkheden en geringere kwetsbaarheid van de totaliteit der diverse functies moeten kiezen voor een soort roulatiesysteem, hetgeen natuurlijk voor iedere groep en elk gebouw weer enigszins anders zal liggen.

VII Het dragen van verantwoordelijkheid. Het is opmerkelijk hoe, in een schaalvergroting zoals in ons centrum, moeilijk het voor de assistentes bleek te zijn de verantwoordelijkheid op zich te nemen voor zaken, waarvoor dit in de solopraktijk als vanzelfsprekend gebeurde. De bereikbaarheid der artsen bijvoorbeeld is voor onze assistentes nu aanzienlijk beter geregeld dan in de oude situatie. Desondanks bestond in de begintijd een enorme inefficiëntie wat betreft spoedvisites en spoedconsulten op een manier, zoals geen van de artsen dat van zijn assistente in de oude situatie was gewend. Het maakte de indruk alsof zelfstandig functioneren en initiatief nemen in een groep moeilijker voor hen was dan in de oude situatie. Zeker heeft hier een rol meegespeeld dat in de begintijd de groepsverantwoordelijkheid duidelijk heeft ontbroken; in de loop van de twee jaren is dit facet eigenlijk nagenoeg verdwenen. Het was echter in de begintijd dermate opvallend en storend, dat het ons nuttig leek dit te vermelden.

VIII De balie. Het zou te ver gaan om te stellen dat de balie van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord een alom in den lande bekende zaak is wegens zijn dysfunctioneren in de begintijd. Wij willen echter niet verhelen dat het voor ons centrum een enorm groot probleem is geweest om deze ontvangstruimte redelijk te laten functioneren. Het is bij drukte een uitermate onaangename plaats voor onze assistentes. Er wordt bijzonder veel gevraagd van houding, beweging, attitude, luisterend vermogen, mensenkennis en organisatievermogen om een enigszins morrende groep van twintig tot dertig man des maandagsmorgens om acht uur te woord te staan onder telefoongeratel en met de herinnering van het vrije weekend nog in het achterhoofd. Toch is en blijft de balie en de ontvangst aldaar de voornaamste en eerste indruk van ons centrum, vooral voor de patiënten die weinig komen. Veel is hierin verbeterd, geheel





ideaal zal het nooit kunnen worden. Voor ons is wel duidelijk geworden dat met name deze post aan de doktersassistente zeer hoge eisen stelt. Zij wordt hiervoor in de huidige opleidingen nergens adequaat op voorbereid, laat staan opgeleid.

Tot zover een aantal kanttekeningen bij het functioneren van de assistentes in ons centrum. Uiteraard is een en ander nogal gekleurd door ons eigen team en de lokale situatie. Dit neemt niet weg, dat wij een aantal gebrekkigheden en onvolkomenheden hebben geconstateerd, welke wij hebben willen signaleren in de hoop dat anderen hun voordeel ermede kunnen doen. Een en ander werd doelbewust scherp gesteld om niet de indruk te wekken dat problemen werden verdoezeld en om bovendien een eventuele discussie duidelijker te maken.

5 De opleiding. Onzes inziens vraagt de zich wijzigende taak van de doktersassistente in een tijd van een zich wijzigende huisartsgeneeskunde om een opleiding, die uitgebreider is dan de huidige, meer is toegelegd op een praktisch functioneren en waarbij met name het relationele aspect zeer sterk naar voren dient te komen. Onzes inziens behoort een meisje dat in aanmerking wenst te komen voor een opleiding minimaal een volledige MAVO-opleiding te hebben. Gelukkig is in Nederland nu een aantal uitgebreidere dagopleidingen van start gegaan, waarin de assistentes op een meer adequate wijze op hun taak kunnen worden voorbereid.

6 Salaris. Het salaris van onze assistentes is volgens de schaal zoals deze is opgesteld door de Permanente Commissie Doktersassistente

(P.C.D.)*. Wij zouden een pleidooi willen houden voor het feit, dat iedereen zich landelijk aan deze schaal moet houden, waardoor het fenomeen van ernstig onderbetaalde of zwaar overbetaalde assistentes met sterk regionale verschillen zou verdwijnen. Het ware misschien aan te bevelen wanneer de P.C.D. naast de bestaande salarisschaal ook een salarisschaal ontwierp voor de assistentes die wel als zodanig werkzaam zijn, maar nog niet hun opleiding hebben voltooid.

7 *Contract.* In afwachting van het definitieve contract zoals dit door de P.C.D. zal worden opgesteld, hebben wij voor onze assistentes een eigen contract ontworpen, hetwelk uiteraard een voorlopig karakter draagt.

8 *Bevoegdheden.* Het is waarschijnlijk overbodig te wijzen op de noodzaak van een goede W.A.-verzekering voor de assistentes. Ten aanzien van de bevoegdheden zullen natuurlijk in de verschillende praktijken grote verschillen bestaan, afhankelijk van het inzicht van de desbetreffende huisarts en de capaciteiten van de desbetreffende assistente. Wij vragen ons echter af of ook de artsen niet zouden moeten overgaan tot het instellen van een basale bevoegdheid, waarvoor iedere assistente verantwoordelijk is en waarvoor zij naar analogie van de apothekersassistente een gelofte zou moeten afleggen, met daaraan gekoppeld een wettelijke bevoegdheid. Dit zou met name ook zeer goed aansluiten bij en een aanvulling zijn op de duidelijke vertrouwenspositie welke de assistente heeft. Het zou ook haar verantwoordelijkheid meer beklemtonen. Bovendien zou het dan mogelijk zijn haar zwijgplicht wettelijk vast te leggen.

* Men kan gegevens opvragen bij de P.C.D., Lomanlaan 103 in Utrecht.

Summary. Some considerations on the functioning of practice assistants. The Hoensbroek health centre has been in operation for three years, during which period it has become clear to us that the position of a practice assistant in a set-up such as ours is a very important one and, in some respects, differs from that in a one-man practice. Moreover, we were explicitly confronted with a number of facets which, although they are familiar to every general practitioner, were quite conspicuous in our situation.

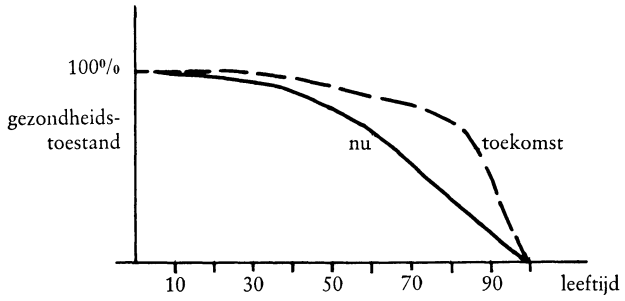
Finally, we found that few well-defined ideas on these problems are available. These facts prompted us to publish this paper, which in part intends to elicit a nation-wide discussion of this subject.

Bijlage 1.

	Tijdens spreekuren	Buiten spreekuren			
Balie I (Telefoon)	Gehele dag telefoon-automaat. Opvang patiënten	Post opbergen	Post verzorgen	Verzorging af te halen post, zoals brieven, verwijskaarten, recepten, boodschappen en dergelijke	Röntgen- en laboratorium-aanvragen regelen. Uitgaande telefoongesprekken.
Balie II (Receptie)	Gehele dag aan de balie. Reserve telefoon toestel. Opvang patiënten.	Kaarten opbergen	Laboratorium-uitslagen overschrijven		Eventueel reserve telefoontoestel bij overbelasting van I
Behandel-kamer I	Gehele dag behandelkamer	Kaarten opzoeken. Visites opzoeken van twee artsen	Administratie (declaraties, kas, particuliere patiënten en dergelijke)	Kamers van twee artsen reinigen en dergelijke	Waarnemen laboratorium. Buiten prikken
Behandel-kamer II	Hulp behandel-kamer, omloop (hulp in onderzoek-kamers artsen)	Kaarten opzoeken. Visites opzoeken van twee artsen.	Conferentie-kamer opruimen	Kamers van twee artsen reinigen en dergelijke. Na middagspreekuur alle kamers.	Voorraad aanvullen. Sterilisatie.
Laboratorium	Gehele dag laboratorium.	Laboratorium-administratie	Administratie-vrije dagen, vakanties, dienstrooster	Verzorging W.C.-patiënten.	Voorraad laboratorium aanvullen. Aankoop materiaal plus sterilisatie

AANVULLING

In het artikel van Dr. A. Fuldauer, Negen jaar bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk; studie en verantwoording over preventief geneeskundig onderzoek, opgenomen in het aprilnummer van deze jaargang, wordt op pagina 146 — boven de driester — naar een schema verwezen, dat abusievelijk niet werd afgedrukt. Het schema betreffende de levenslijn, nu en in de toekomst wordt hierbij met onze verontschuldiging aan lezer en auteur alsnog afgedrukt.



REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

73-R1. Het hartinfarct als cultuurziekte. *A. P. Appels. (1972) Ned. T. Psychol. 27, 553-565.*

Reeds W. Harvey betrok naar aanleiding van de autopsie van een aan hartinfarct overleden man, frustratie en verdrongen agressie, mede bij de etiologie, hetgeen een psychosomatische benadering betekende. Naast de bekende — goed meetbare — risicofactoren, rijst de vraag welk aandeel psychologische factoren hebben bij het ontstaan van het myocardinfarct. Moeilijke opgave, die onder meer inhoudt, dat men moet kunnen aantonen dat mensen hun gevoelens meer zijn gaan opkroppen en dat zij hypochondrischer of dominanter zijn geworden.

In de psychosomatische literatuur vindt men steeds twee grondbegrippen terug, namelijk overactiviteit, onder meer omvattend: eerzucht, onvermogen zich te ontspannen, agressiviteit, en als tweede begrip: zelfcontrole, wat onder meer inhoudt: correct gedrag, conformisme, verantwoordelijkheidsgevoel en de neiging schuld op zich te nemen.

Hoe kan men bewijzen dat deze begrippen een rol spelen? Autkuk wijst op de bekende alarmreactie, waarbij onder andere de tensie stijgt, de cardiac output en de hartfrequentie toenemen, terwijl eveneens de bloedstroom naar de skeletspieren toeneemt, ten nadele van de huid, nieren en tractus digestivus. Vet en glucose worden gemobiliseerd, de stollingstijd vermindert, het cholesterol stijgt. Een en ander is van belang voor het functioneren van het hartvaatsysteem.

Men kan zich voorstellen dat de efferente prikkel, die tot zinvolle spierbewegingen leidde, thans vaak is vervangen door een mentale stress en dat de efferente afweer wordt onderdrukt. De veranderingen zoals boven beschreven worden langduriger, want er vindt geen musculaire ontlading plaats, vasodilatatie in de spieren treedt niet op, zodat de belasting voor het hart groter blijft.

De vraag die auteur stelt is letterlijk: „Wat is er met de menselijke affect-huishouding gebeurd, wat is er met het „ik" gebeurd, dat het zijn leidsels steeds strakker om het wilde paard van de driften en affecten moest aantrekken?" Het über-ich legt ons zelfcontrole en overactiviteit op en auteur meent dat de cultuurgeschiedenis van het über-ich, de cultuurgeschiedenis van het hartinfarct is. Voor een precieze beargumentering wordt verwezen naar het oorspronkelijke artikel. In grote lijnen komt het er op neer, dat in de loop der tijden het vrij baan kunnen geven aan driften en agressie steeds meer werd ingeperkt door veranderende opvattingen in een veranderende maatschappij: met name de toenemende afhankelijkheid van steeds grotere groepen mensen ten opzichte van elkaar.

De staat krijgt het monopolie van gewelduitoefening in de vorm van rechtspraak, leger en politie, waarbij de leden van de staat zich een steeds grotere zelfdwang moeten opleggen. Zo ontstaan de vele ge- en verboden, waarmee het kind van jongsaf kennismaakt.

Daarnaast ontwikkelde zich het „tempo" van deze tijd: gedreven van de ene afspraak naar de andere, bepaald door de snelheid van de lopende band, streeft de mens naar een precieze indeling van de tijd, waarbij de verlangens van het ogenblik ondergeschikt worden gemaakt aan de eisen van het maatschappelijk netwerk. Tijd en haast spelen een belangrijke rol in tests die psychologische risico's op het hartinfarct meten. Het leven in een mobiele competitieve maatschappij brengt ouders er toe hun kind te brengen tot minstens een eigen of een hogere sociale laag. Dit vereist concurrentiestrijd (ref: vergelijk rapportcijfers) en daarvoor moeten daden en verboden worden gesteld en sluipt de angst in, dat men het niet zal halen.

Een schaal, die angst kan meten is de manifeste angstschaal van Bendig, een subschaal van de M.M.P.I. Uit een prospectief onderzoek bleek dat de vragen uit deze schaal een verhoogde kans op een tweede infarct kunnen indiceren. Of angst of een jachtige gedrevenheid „gemeten" wordt is niet duidelijk, maar ook niet zo van belang, omdat de gedrevenheid aan een sociaal netwerk deel te nemen angst geladen is (bang om de boot te missen).

De godsdienst en met name de reformatorische godsdienst en zijn etiek, heeft vanuit de predestinatie-gedachte, de zelfdwang een specifieke inhoud gegeven: de toekomstige bestemming van de mens aflezen uit het succes van zijn handelen en werk, wat gelijk staat met de zegen van God. Daarom mag men ook niet toegeeflijk zijn tegenover zichzelf en de angst voor Gods oordeel wordt een deel van het über-ich dat verplicht tot een voortdurende activiteit. Dit leidt tot rijkdom en kapitalisme, dat dus ingepast in dit ethisch systeem een bewijs is van het feit dat men het goed gedaan heeft (ref. merkt op dat het evangelie het nodige zegt over de rijke, de kameel, het koninkrijk der hemelen en het oog van de naald).

Op grond van het feit dat overactivering en zelfcontrole dominante kenmerken zijn van de opbouw van het über-ich en gezien het feit, dat hartinfarct-patiënten deze eigen-